

Syddansk Universitet

Sårbare Livsfaser

Stephensen, Iben K.; Jensen, Børge F.; Christiansen, Erik; Zøllner, Lilian

Publication date:
2009

Document Version
Forlagets udgivne version

[Link to publication](#)

Citation for pulished version (APA):

Stephensen, I. K., Jensen, B. F., Christiansen, E., & Zøllner, L. (2009). Sårbare Livsfaser: Beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsfaser. Odense: Center for Selvmordsforskning. (Forskningscentrets rapportserie; Nr. 4).

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Forskningscentrets rapportserie
2009

Rapport 4



Sårbare livsfaser

Beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsfaser

Iben K. Stephensen, Børge Jensen, Erik Christiansen og Lilian Zøllner

Udgivet af Center for Selvmordsforskning 2009

Forskningscentrets rapportserie
2009

Rapport 4

Sårbare livsfaser

Beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsfaser

Iben K. Stephensen, Børge Jensen, Erik Christiansen og Lilian Zøllner



Udgivet af
Center for Selvmordsforskning, Odense
Januar 2009

Beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsfaser

© Forfatterne og Center for Selvmordsforskning, 2009



Iben Stephensen er uddannet cand. mag. i samtidshistorie og samfundsfag; akademisk medarbejder ved Center for Selvmordsforskning med forskningsopgaver omkring alkoholmisbrug og selvmordsadfærd.



Lilian Zöllner er centerleder, ph.d. ved Center for Selvmordsforskning i Odense. Har igennem en lang årrække forsket i sårbarhed, selvskaide og selvmordsadfærd blandt såvel vestlige som ikke vestlige unge.



Børge Frank Jensen er uddannet cand. scient og ansat som statistiker ved Center for Selvmordsforskning. Har som det primære forskningsområde den registerbaserede forskning i selvmordsforsøg.



Erik Christiansen er uddannet cand. scient. oecon. Ansat på Klinik for Selvmordstruede Børn og Unge. Har tidligere arbejdet med registerbaseret forskning ved Center for Selvmordsforskning.

Gengivelse af uddrag, herunder billeder, figurer, tabeller og citater er tilladt med tydelig kildeangivelse.

Foto / layout: Vibeke B. Lassen

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes sendt til Center for Selvmordsforskning.

Udgivet af og kan købes hos:
Center for Selvmordsforskning
Søndergade 17
5000 Odense C
Tel: (+45)66138811
Fax: (+45)65908174
E-mail: info@cfsmail.dk
Hjemmeside: www.selvmordsforskning.dk
Pris: kr. 150,00

1. udgave, 1. oplag, januar 2009
ISBNnr.: 87-90291-66-2
978-87-90291-66-2



INDHOLD

Forord	6
Baggrunden for forskningsprojektet	7
1. Begrebsafklaring	8
2. Baggrundsviden	10
3. Tidligere dansk forskning, hypoteser og formål	11
4. Forklaringsmodel, teoretiske overvejelser og begrebet resiliens	12
5. Metode og undersøgelsesdesign	14
A. Registerundersøgelsen	16
B. Spørgeskemaundersøgelsen	24
C. Interviewdelen	38
Konklusion	58
Summary	60
Litteraturliste	62



Forord

De fleste mennesker bliver på et tidspunkt i deres liv berørt af en krise, og det er ganske forskelligt, hvordan det enkelte menneske reagerer. Nogle mennesker er som mælkebøtter, de bliver stående i al slags vejr – om det så regner og tordner en hel sommer igennem, så bukker de ikke under. Andre kan have sværere ved at takle modgang i livet, og for nogle kan en livskrise føre til alvorlige selvmordstanker – og i værste fald selvmordsforsøg eller selvmord.

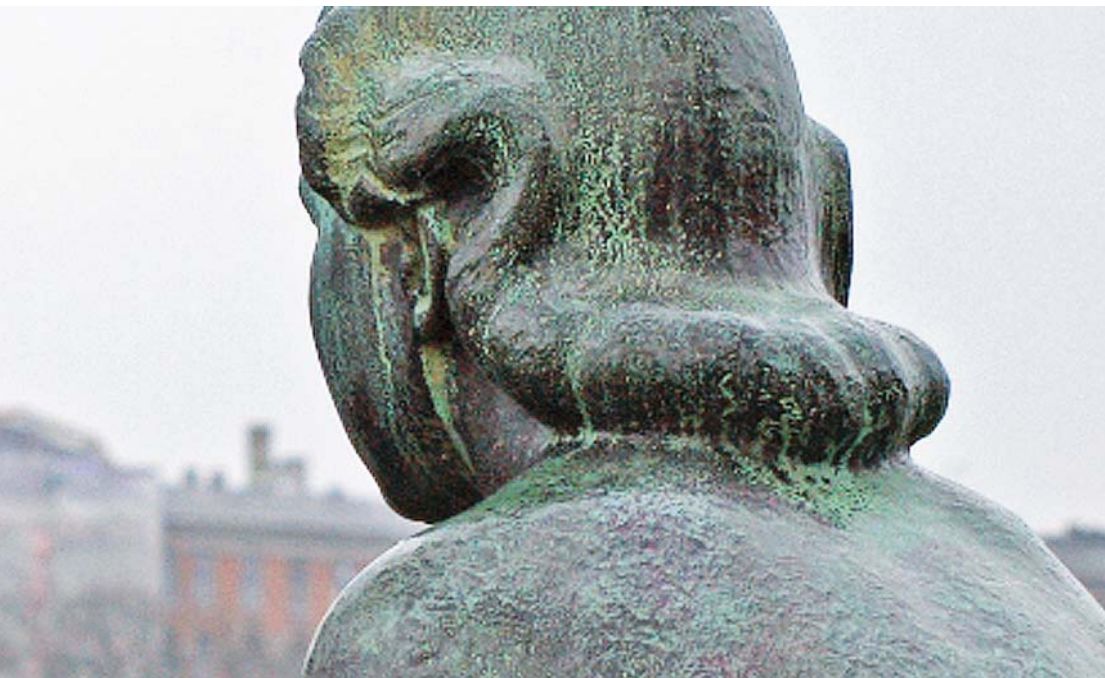
Såvel inden for den danske som internationale selvmordsforskning har der været tradition for at afdække og analysere risikofaktorer for selvmordstruede. Der findes derimod ikke megen forskningsbaseret viden om faktorer, der beskytter mod selvmordsadfærd. Hvilke forhold afholder eksempelvis en ældre mand med alvorlige selvmordstanker fra selvmordet? Eller hvilke forhold beskytter en ung kvinde fra at forsøge selvmord igen? Nærværende forskningsrapport vil bl.a. fokusere på beskyttelsesfaktorer som mindsker selvmordsadfærdsrisikoen. Denne viden er vigtig og relevant set i et selvmordsforebyggende perspektiv.

Der rettes en tak til Velfærdsministeriet, som har givet økonomisk støtte til projektet. Ydermere skal informanterne, der har udfyldt spørgeskemaer og deltaget i interviews, takkes for deres engagement i forskningsprojektet.

Endelig rettes en tak til Vibeke B. Lassen for layout og til Trine Banke Kristensen for oversættelse.

Seniorprojektforsker ved RCT, Dr. med. Sven Arvid Birkeland, Klinikchef ved Klinik for Selvmordstruede, Dr. med. Anna Knudsen, Professor Mark Williams ved Centre for Suicide Research i Oxford, Professor i udviklingspsykologi Anne Inger Helmen Borge ved Psykologisk Institut i Oslo samt Dipl. Psych. Georg Fiedler ved Centre for Therapy and Studies of Suicidal Behaviour i Hamburg takkes for faglig sparring og rådgivning mht. forskningsprojektets udformning og udførelse. Statistiker, cand. scient. ocean. Erik Christiansen og statistiker, cand. scient. Børge Jensen har stået for den statistiske del. De kvalitative interview er udført af cand.mag. Iben K. Stephensen. Centerleder ved Center for Selvmordsforskning, ph.d. Lilian Zöllner er ansvarlig for projektets gennemførelse samt for rapportens udfærdigelse, som den foreligger.

Iben Stephensen 2009



Baggrunden for forskningsprojektet

Fokus på beskyttende faktorer

I forbindelse med selvmordsadfærd stilles spørgsmålet ofte hvorfor, men der er ingen enkle og entydige forklaringer på selvmordsadfærd, og det er ikke muligt at angive en enkelt faktor, som forklarer fænomenet, eller som kan forudsige hvert enkelt tilfælde. Der er snarere tale om, at selvmordsadfærd må anskues og forklares multifaktorielt og multidisciplinært.

Hvor selvmordsforskningen oftest har indtaget det pathogene (det sygdoms-orienterede) perspektiv og fokuseret på risikofaktorenes negative betydning, er vægten i dette projekt lagt på de positive faktorer, som gør, at nogle mennesker formår at klare sig diverse risikofaktorer til trods.

Projektet tager således afsæt i det salutogene (det sundhedsfremmende) perspektiv. En forudsætning for at identificere og analysere beskyttende faktorer er dog tilstedeværelsen af risikofaktorer. Disse udelukkes således ikke af analysen.

Med henblik på forebyggelse er det overordnede mål med foreliggende rapport at

få øget viden om selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsaldre samt om de beskyttende og belastende forhold, der knytter sig hertil.

Perspektivet for projektet er at bidrage med ny viden om beskyttende og belastende forhold og derved skabe mulighed for, at en generel forskningsbaseret forebyggelse kan sættes ind på et tidligt tidspunkt i de selvmordstruedes liv med henblik på at mindske selvmordsadfærden.

Den forskningsbaserede viden fra undersøgelsen kan anvendes af personer med interesse for området samt faggrupper, der kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker, herunder lærere, pædagoger, psykologer, socialrådgivere, præster, sygeplejersker, læger, psykiatere osv.

Forskningsprojektet hedder "Beskyttende faktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt mennesker i sårbare livsfaser." I rapporten forkortes denne titel til "Sårbare livsfaser".



1. Begrebsafklaring

Der findes adskillige definitioner af begreberne selvmordsforsøg, selvmordstanker, risikofaktorer, sårbare livsfaser osv. På baggrund deraf vil det blive præciseret, hvad der skal forstås ved en række af de centrale begreber, der anvendes i rapporten.

Sårbare livsfaser

Der findes divergerende forskningsmæssige tilgange til livsfasebegrebet. Typisk opdeler livsfaseteoretikerne menneskets liv i faser med en varighed på 10 år (20'erne, 30'erne osv.) eller i kategorierne, barndom, ungdom, voksenliv og alderdom. Til disse livsfaser er ofte knyttet nogle generelle karakteristika/behov og nogle typiske livstemaer. Eksempelvis er det ikke ualmindeligt, at mennesker i 20'erne eller 30'erne stifter familie, får en uddannelse osv. Det unikke i menneskets liv gør det dog vanskeligt at opstille et skema for, hvornår forskellige livsbegivenheder indtræffer. Projektets titel "Sårbare livsfaser" dækker over faser i livet, hvor det enkelte menneske qua forskellige negative livsomstændigheder og/eller livsbegivenheder er i besiddelse af en øget sårbarhed, som ved fraværet af beskyttende faktorer kan udløse selvmordstanker og selvmordsadfærd.

Distale og proksimale risikofaktorer

Risikofaktorer kan opdeles i to hovedgrupper, henholdsvis distale og proksimale

faktorer. Afhængigheden af f.eks. alkohol kan kategoriseres som en distal risikofaktor for selvmordsadfærd, dvs. en prædisponerende faktor, der øger risikoen for selvmord og selvmordsforsøg hos et individ. Proksimale risikofaktorer er derimod akutte udløsende faktorer, som determinerer timingen af selvmordsadfærden ved at omsætte de distale risikofaktorer til handling. Proksimale risikofaktorer er eksempelvis alkoholberuselse, som kan forstærke depression, aggression og kognitiv kontriktion, der forhindrer folk i at blive opmærksomme på alternative, ikke-aggressive mestringsstrategier. Risikofaktorer kan være individuelle eller miljø- og samfundsrelaterede (Hufford, 2001).

Følgende velkendte distale risikofaktorer kan øge selvmordsadfærdsrisikoen hos et individ:

- Psykisk sygdom
- Tidligere indlæggelse på psykiatrisk afdeling
- Alkohol- og stofmisbrug
- Tidligere selvmordsforsøg
- Selvmordsadfærd i familien
- Negative livsbegivenheder, såsom tab af nærtstående, firing osv.

Problemer vedrørende sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk

- Fysisk sygdom
- Mobning
- Økonomiske problemer
- Enlig civilstand
- Alders- og sygdomsbetinget tab af selvhjulpethed
- Graden af selvmordsintentionen
- Håbløshedsfølelser
- Dårlige mestringsstrategier
- Impulsivitet
- Ensomhed
- Omsorgssvigt i barndommen

Tilstedeværelsen af en eller flere risikofaktorer kan få indflydelse på selvmordsadfærden hos det enkelte individ. Det er meget individuelt, hvordan mennesker reagerer på de nævnte faktorer. Nogle er i besiddelse af mange risikofaktorer, men har aldrig tænkt på selvmord, mens andre vil reagere med selvmordshandlinger. Ingen af de distale risikofaktorer behøver at føre til vanskeligheder. Der ligger altså ikke nogen form for determinisme eller stigmatisering i betegnelsen risikofaktor, da denne kun antyder, at der er en sandsynlighed (Agerbo, 2002, Beautrias, 2000, Borowsky et al. 2001, Christoffersen, 2003, Erlangsen, 2004, Sundhedsstyrelsen, 2007, Madsen et al. 2003).

Beskyttende faktorer

Beskyttende faktorer defineres i nærværende rapport som faktorer, der mindsker selvmordsadfærdsrisikoen. I forhold til selvmordsadfærd har primært den internationale forskning identificeret følgende individuelle samt miljø- og samfundsrelaterede faktorer. Generelt er det dog begrænset, hvad der findes af viden vedrørende beskyttende faktorer (Borowsky et al. 2001, Connell et al. 2001, Fleming, 2007, Flouri, 2002, Khan et al. 2003, Lizardi et al. 2007, Malone et al. 2000, Parker, 2002, Resnick, 2000, Vijayakumar, 2002).

- En oplevelse af personlig værdi
- Søger hjælp hos andre
- Søger råd ved store beslutninger
- Åbenhed overfor andres oplevelser og løsninger
- Åbenhed overfor at lære

- Evne til at kommunikere
- Gode familierelationer
- Støtte fra familien
- God opdragelse
- Tilegnelse af specifikke kulturelle værdier og traditioner
- Gode relationer til venner, arbejdskolleger, naboer
- Støtte fra relevante personer
- Social integration, f.eks. gennem arbejde/deltagelse i klubaktiviteter, klubber, kirke osv.
- En oplevelse af formål med ens liv
- Religion
- Holdninger til selvmordsadfærd
- Dødsangst

Selv mordstanker

Selv mordstanker defineres ifølge Sundhedsstyrelsen (1998) som "et ret bredt spektrum spændende fra en kortvarig strejfende tanke til plagsomme, konstant tilstedeværende selvmordsovervejelser."

Retterstøl et al. (2002) påpeger, at selvmordstanker både omfatter de tanker, der meddeles spontant, eller som bliver bekræftet gennem spørgsmål til vedkommende, og de tanker, som ikke meddeles andre. Forskellige typer af kriser kan være udløsende for selvmordstanker. Kriserne er ofte præget af tab eller af trussel om tab af nære og trygge kontakter, men det kan også dreje sig om tab af værdighed, af selvværd eller af status.

Mennesker reagerer forskelligt på kriser

At have en livskrise er ikke ensbetydende med, at man får selvmordstanker. Hvad der for det ene menneske blot er en mindre forhindring på livets vej, kan for et andet menneske være et uoverstigeligt problem og føre til selvmordsadfærd.

Eksempler på kriser (proksimale faktorer), der kan udløse selvmordstanker:

- Konflikter i parforhold
- Familieproblemer
- Fyring eller trussel om fyring

- Økonomiske vanskeligheder
- Skandale/ydmygelse/mobning
- Diagnose af psykisk sygdom
- Diagnose af alvorlig eller smertefuld fysisk sygdom

Selv mordsforsøg

Det kan være vanskeligt at operationalisere og afgrænse begrebet selvmordsforsøg pga. uenighed i opfattelserne af dette begreb.

Forskningsprojektet "Sårbare livsfaser" anvender WHO's definition af selvmordsforsøg og selvmord: *Selv mordsforsøg er en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser.*

I definitionen af selvmordsforsøg indgår:

- at der ikke behøver at være et dødsønske
- at handlingen ikke behøver at være livsfarlig
- at personen har en forestilling om, at handlingen eller den påtænkte handling ikke er skadevoldende
- at handlingen ikke er vanemæssig, fx ikke skyldes overdosering ved habituelt misbrug
- at handlingens formål er at fremme ønskede forandringer, fx at komme væk fra en utålelig situation eller tilstand, at påvirke andre eller at få hjælp
- at handlingen ville være skadevoldende, hvis ikke andre greb ind. Det vil sige, at hvis en person bliver forhindret i at foretage en selvmordshandling (fx udspring fra et højt sted), er der tale om et selvmordsforsøg, også selv om selvmordshandlingen ikke foretages.

Selv mord

WHO anvender en definition af begrebet, som i sig ikke rummer en etisk stillingtagen til, om handlingen er rigtig eller forkert, god eller ond. Der er snarere tale om en værdineutral forklaring på, hvori handlingen består, hvilken effekt handlingen har samt formålet med handlingen. Selvmord er ifølge WHO's definition

en handling med dødelig udgang som afdøde med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede forandringer.

I WHO's definition indgår

"At mennesket har haft et formål med sin handling, nemlig at dø."

"Selv havde foranstaltet og gennemført handlingen."

Definitionen forudsætter, at den afdøde havde viden eller forventninger om et dødeligt udfald, og at den afdøde havde ønske om forandringer.

For begge forhold gælder, at det i sagens natur er vanskeligt at afgøre med sikkerhed. Trods dette er der i praksis mindre usikkerhed om klassificeringen af selvmord end selvmordsforsøg (Sundhedsstyrelsen, 2007).

Selv mordstruet

Begrebet selvmordstruet anvendes om den gruppe mennesker, som udviser selvmordsadfærd eller som har alvorlige selvmordstanker.

Selv mordsadfærd

Selv mordsadfærd er et begreb, som dækker en adfærd, hvorved en person verbalt, skriftligt eller på anden måde fremsætter trusler om at ville begå selvmord, forsøger at begå selvmord eller gennemfører selvmord.

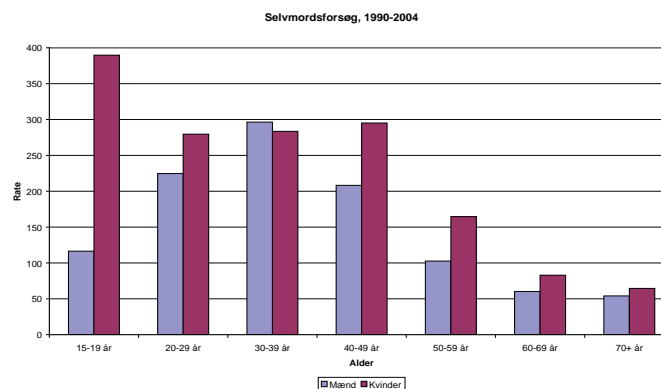
2. Baggrundsviden

Selv mordsforsøg

Som det fremgår af figur 1, som er et gennemsnit af selvmordsforsøgsraterne i perioden 1990-2004, er forekomsten af selvmordsforsøg størst blandt unge kvinder (15-19-årige). Generelt forsøger flere kvinder end mænd selvmord. Og selvmordsforsøgsraterne er faldende med alderen. Tallene stammer fra det eneste register i Danmark, hvor der registreres selvmordsforsøg: Register for Selvmordsforsøg, Center for Selvmordsforskning i Odense. Registeret indeholder de selvmordsforsøg, der er foretaget i

Fyns Amt siden 1989.

Figur 1



(Kilde: Selvmordsforsøgsregistret ved Center for Selvmordsforskning)

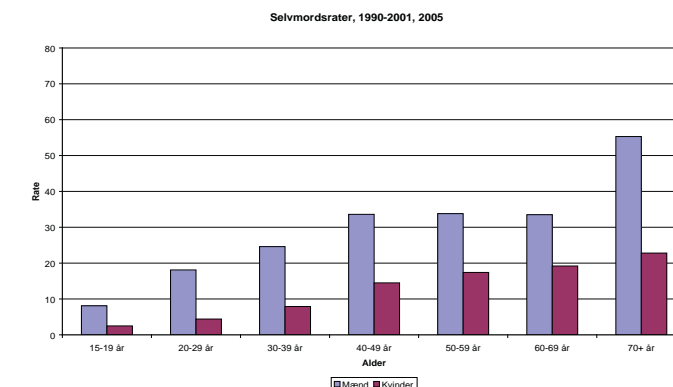
De registrerede antal forsøg er udtryk for et absolut minimum. Tallene dækker udelukkende de personer, som i forbindelse med selvmordsforsøg har været i kontakt med et hospital.

De mennesker, der har forsøgt selvmord, og som er blevet fundet af familie, venner eller andre, og som ikke er blevet indlagt eller har været på skadestue, indgår ikke i registeret. Desuden viser tidligere undersøgelser (Zøllner 2001), at 75-90 % af selvmordsforsøgene ikke bliver behandlet og dermed ikke registreret. Diekstra (1982) anslår, at 25% af de selvpåførte skader bliver opdaget ved kontakt til sygehus, mens 75% bliver afhjulpel af venner og bekendte. Der er med andre ord stor usikkerhed, når det gælder det faktiske antal af selvmordsforsøg. Meeham et al. (1992) har i deres undersøgelse stillet spørgsmål ved, om et selvmordsforsøg resulterer i indlæggelse og herudfra forsøgt at estimere forholdet mellem indlæggelseshyppighed og selvmordsforsøg. De fandt, at omkring 10% af samtlige selvrapporterede selvmordsforsøg resulterer i hospitalsindlæggelse.

Selv mord

Få unge tager deres eget liv. Som det fremgår af figur 2, er raten for selvmord højere for de unge mænd end for de unge kvinder. Der er med andre ord tale om et modsatrettet forhold: flere unge kvinder end mænd forsøger at tage livet af sig, men flere unge mænd end kvinder tager deres eget liv. Selvmordsraten for ældre kvinder og mænd er markant højere end selvmordsraten for de øvrige, yngre aldersgrupper, og de ældre mænd har den absolut højeste selvmordsrate i befolkningen. I 2001 blev ca. hvert tredje selvmord i Danmark begået af et menneske over 60 år.

Figur 2



(Kilde: Dødsårsagsregistret, Sundhedsstyrelsen)

Selv mordstanker

Opgørelser over hvor mange mennesker, der har selvmordstanker, er behæftet med megen usikkerhed og mange metodologiske vanskeligheder. Vanskelighederne består bl.a. i definitionen af selvmordstanker.

Ved Statens Institut for Folkesundhed har man to gange inkluderet spørgsmål om selvmordstanker i interviewbaserede befolkningsundersøgelser. Undersøgelserne viser, at selvmordstanker er hyppigst forekommende hos de 16-24-årige. Forekomsten falder derefter med alderen, og selvmordstanker er mindst hyppige blandt de ældste 67+ (Madsen et al. 2003).

3. Tidligere dansk forskning, hypoteser og formål

Der findes som nævnt ikke megen dansk forskning, der har identificeret præventive faktorer for selvmordsadfærd og selvmordstanker. En dansk registerundersøgelse fandt, at det var en beskyttende faktor for selvmord at være forælder til et barn under 2 år (Qin et al. 2003). Et andet dansk studie omhandlende selvmordsadfærd blandt alkoholmisbrugere fandt, at to sociodemografiske variable var negativt associerede med selvmordsforsøg: det, at have erhvervsarbejde, og det, at have hjemmeboende mindreårige børn, men det sidstnævnte gjaldt kun for kvinderne (Benjaminsen, 1998).

Beskæftigelse, uddannelse og børn

Tidligere forskning ved Center for Selvmordsforskning har - som ovenstående undersøgelser - fundet lignende resultater.

I forhold til beskæftigelse viser undersøgelsen fra Center for Selvmordsforskning, at det er en beskyttende faktor for selvmordsforsøg at være selvstændig eller ansat på ledelsesniveau. Effekten gjaldt især for mænd, hvor selvmordsforsøgsrisikoen var halveret i forhold til lønmodtagernes selvmordsforsøgsrisiko. Der er i studiet kontrolleret for uddannelse og psykisk sygdom. Studiet antager derfor, at det er de egenskaber, der gør personen i stand til at varetage et job på højt niveau, som også beskytter mod selvmordsforsøg (Christiansen, 2004).

Uddannelse

Studiet fra Center for Selvmordsforskning viser ligeledes (Christiansen, 2004), at et højere uddannelsesniveau er positivt forbundet med lav selvmordsforsøgsrisiko. Hvis man er under uddannelse, viser det sig, at ens selvmordsforsøgsrisiko halveres i forhold til de, som ikke er i gang med en uddannelse. Jo højere uddannelsesniveau, jo lavere selvmordsforsøgsrisiko. Endvidere ser det ud til, at en igangværende uddannelse har størst beskyttende effekt på mænd. Afsluttet uddannelse har også en beskyttende effekt på

selvmordsforsøg. Har man afsluttet en uddannelse på et niveau over folkeskolen, så er ens selvmordsforsøgsrisiko ca. halveret i forhold til personer, som ikke har taget en uddannelse efter folkeskolen.

Generelt har igangværende og afsluttet uddannelse på niveauer over folkeskolen en beskyttende effekt på selvmordsforsøg også efter, at der er kontrolleret for, at psykisk syge, misbrugere o.a. kan have et lavere uddannelsesniveau end normalbefolkningen. Det ser altså ud til, at de egenskaber, som gør folk i stand til at være under eller afslutte en uddannelse over folkeskoleniveau, også virker beskyttende på selvmordsforsøg.

Børn

Flere studier viser (Qin, 2003, Benjaminsen, 1998), at det for kvinder er en beskyttende faktor for selvmordsadfærd at have små børn.

Center for Selvmordsforskning fandt i et studie, at det beskytter kvinder mod selvmordsforsøg at have børn under 4 år. Selvmordsforsøgsrisikoen for kvinder med små børn er ca. den halve af barnløse kvinders risiko. Studiet fandt ikke det samme for mænd. (Christiansen, 2004).

Hypoteser

Til forskningsprojektet "Sårbare livsfaser" er udarbejdet 2 grundhypoteser, som vil blive verificeret eller falsificeret gennem projektets registerdel, spørgeskemadel samt den kvalitative interviewundersøgelse.

Grundhypotese I

Nedenstående distale risikofaktorer antages at øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsadfærd hos personer i sårbare livsaldre.

- Omsorgssvigt i barndommen
- Skandale/ydmygelse/mobning
- Økonomiske problemer
- Psykisk sygdom
- Fysisk sygdom
- Alkohol- og/eller stofmisbrug
- Negative livsbegivenheder, eksempelvis tab af nært-

stående, firing osv.

- Problemer tilknyttet sociale forhold – herunder arbejde, familie, bolig og netværk, skole, uddannelse
- Selvmordsadfærd i familien
- Håbløshedsfølelser
- Ensomhed
- Impulsivitet
- Dårlige mestringsstrategier

Grundhypotese II

Det antages, at nedenstående individuelle, miljø- samt samfundsmæssige beskyttelsesfaktorer, enkeltvis eller i samspil, kan sænke eller helt afbryde processen mod selvmordshandlinger.

- Medicinsk eller terapeutisk behandling
- Gode sociale relationer og social støtte
- Sociodemografiske faktorer såsom beskæftigelse, uddannelse og fritidsinteresser
- Spirituelle og religiøse overvejelser
- Et positivt livssyn
- Gode problemløsningsevner
- En god selv værdsfølelse
- Selvkontrol
- Holdninger til selvmordsadfærd
- Dødsangst

Formål

På denne baggrund er formålet med undersøgelsen at få afdækket og belyst:

- Beskyttende faktorer, herunder betydningen af socialt netværk, mestringsstrategier o.l.
- Risikofaktorer, herunder betydningen af psykisk sygdom, ensomhed o.l.
- Det dynamiske samspil mellem risikofaktorerne og de beskyttende faktorer, herunder de beskyttende faktorerers indvirkning (effekt) på risikofaktorerne.

Denne viden kan anvendes konstruktivt i det selvmordsforebyggende arbejde.



4. Forklaringsmodel, teoretiske overvejelser og begrebet resiliens

”Sårbare livsfaser” er teoretisk forankret i og inspireret af:

- Selvmordsprocesmodellen af psykiateren Jan Beskow
- Begrebet resiliens

Fælles for den ene teoriretning og begrebet resiliens er fokus på beskyttende faktorer og det salutogene perspektiv.

Selvmondsprocesmodellen

Den nedenstående model, der danner grundlaget for det foreliggende arbejde, er i høj grad inspireret af den svenske psykiater Jan Beskow, der er i 1979 publicerede selvmordsprocesmodellen. Beskow fremhævede, at et selvmord eller et selvmordsforsøg ikke bør analyseres ud fra en persons situation på dødstidspunktet eller selvmordsforsøgstidspunktet, men i stedet bør ses som en udvikling over tid, hvor selvmordsadfærden er kulminationen af denne udvikling. Et selvmord eller selvmordsforsøg må således anskues som en proces indeholdende en lang række risikofaktorer, som kombineret med prædisponerede forhold, livsomstændigheder, livsbegivenheder og individuelle karakteristika og adfærd kan føre til selvmordshandlinger. Omvendt kan en lang række beskyttende faktorer og positive omstændigheder minimere risikoen for selvmordsadfærd væsentligt. Det er

i høj grad balancen mellem de distale risikofaktorer og beskyttende faktorer, som bestemmer varigheden af processen.

De distale risikofaktorer og de beskyttende faktorer har en mulig indflydelse på hvert stadie af selvmordsprocessen, dvs. at processen ikke nødvendigvis er determineret. De beskyttende faktorer kan sænke tempoet, stoppe eller helt afbryde processen, før den udvikler sig til selvmord eller selvmordsforsøg. Hos langt de fleste mennesker standser processen, og selvmordstankerne bliver dæmpet, uden at personen begår eller forsøger selvmord. Beskyttende faktorer kan således, som modellen illustrerer, have indflydelse på, om det enkelte individ udviser resiliens adfærd, dvs. er modstandsdygtig over for belastninger og ikke agerer med selvmordsadfærd.

Forskningsprojektet vil netop forsøge at analysere denne proces ved at belyse centrale beskyttende og belastende faktorer og deres indvirkning på respondenterne liv og (mis)trivsel.

I den stående model er angivet de distale risikofaktorer og beskyttende forhold, der - ifølge forskningsprojektets grundhypotese I samt grundhypotese II - antages at henholdsvis øge eller mindske selvmordsadfærdens risiko. Fraværet af beskyttende

faktorer kan betyde, at det enkelte individ vil reagere med selvmordshandlinger, hvorimod individet i mødet med diverse livsstressorer sandsynligvis vil udvise resilient adfærd, hvis de beskyttende faktorer er til stede (Møller et al. 2004).

Resiliens – modstandsdygtighed

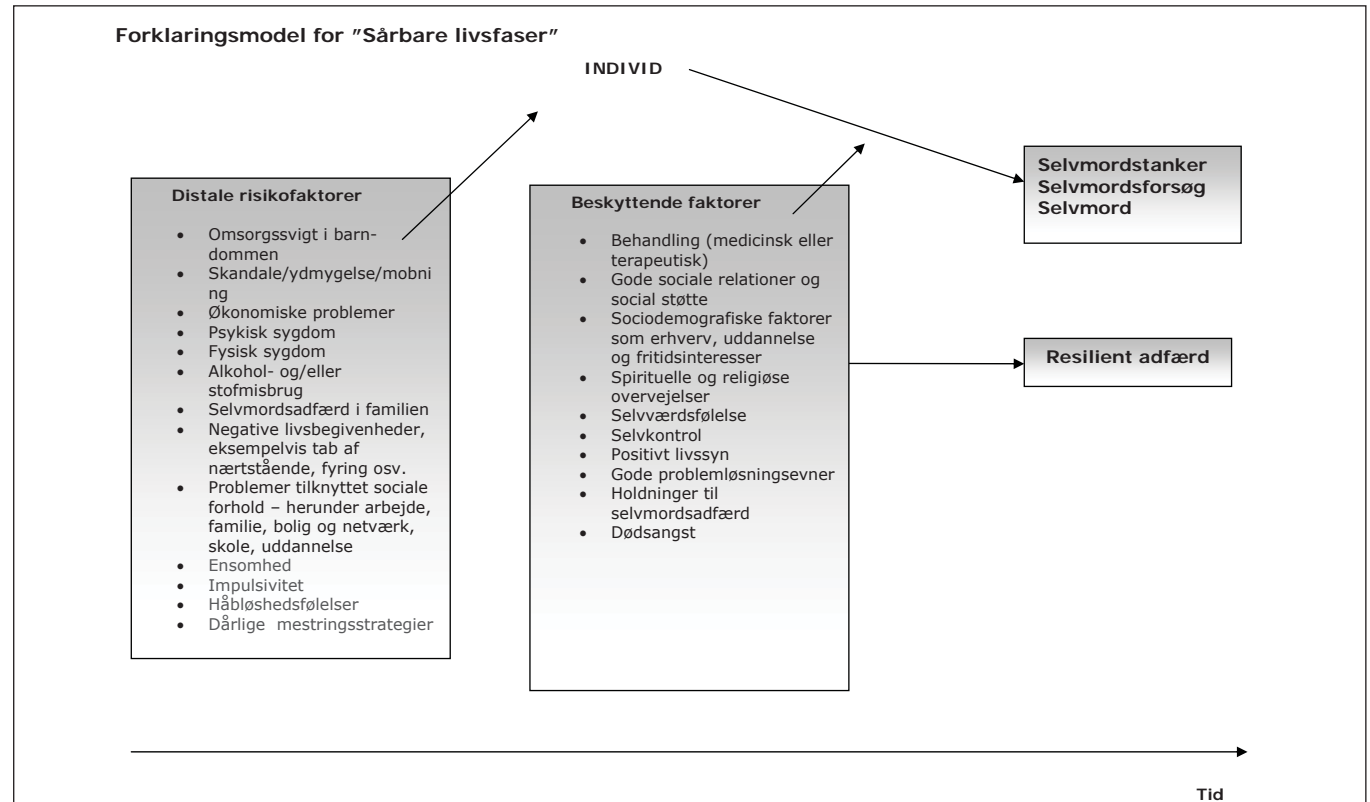
Resiliens handler netop om evnen til at klare sig på trods af stress og belastninger. Begrebet har fået stor aktualitet i de seneste år, og der er udkommet utallige forskningsprojekter, dog ikke relateret til selvmordsområdet. Interessant er det, at der til trods for de omfattende studier om resiliens, stadigvæk ikke er udviklet nogen samlet teori på området. Resiliens skal således ses som et begreb og ikke en teori (Borge, 2003, Zand, 2007).

Begrebet "resiliens" benyttes ofte i den danske psykologilitteratur synonymt med livskraft, livsmod, robusthed, ukuelighed eller modstandsdygtighed. Den definition af resiliens, der er anvendt i "Sårbare livsfaser", er udarbejdet af børnepsykiateren Michael Rutter. Han har været blandt de vigtigste bidragsydere til forskningen i resiliens.

Resiliens er processer, der bevirker, at udviklingen når et tilfredsstillende resultat, til trods for at barnet har erfaringer med situationer, der indebærer en relativ høj risiko for at udvikle problemer eller afvigelse.

De oprindelige resiliensstudier tog primært udgangspunkt i psykopatologiens ætologi og udvikling med særlig henblik på at forstå, hvilke børn der befinder sig i højrisikogrupper for at udvikle psykopatologi. Fokus blev herefter rettet mod de positive udfald (good outcomes) blandt risikogrupper for at opnå en større forståelse af risikofaktorer og fejludviklingsprocesser og for at identificere beskyttende faktorer, deres betydning og effekt.

I de senere år er der kommet større opmærksomhed på andre alders- og højrisikogrupper. I "Sårbare livsfaser" er fokus rettet mod personer fra 18 år og



opefter, og resilient adfærd skal forstås i forhold til selvmordstruede mennesker (Zand, 2007).

Det skal understreges, at der ikke kan være tale om resiliens ved fravær af unormalt belastende situationer og alvorlige risikofaktorer. I forståelsen af hvad resilient adfærd dækker over, skal der tages højde for 3 centrale elementer.

A) Resilient adfærd skal ses som et resultat af et dynamisk samspil mellem risikofaktorer og beskyttende faktorer se forklaringsmodel til "Sårbare livsfaser".

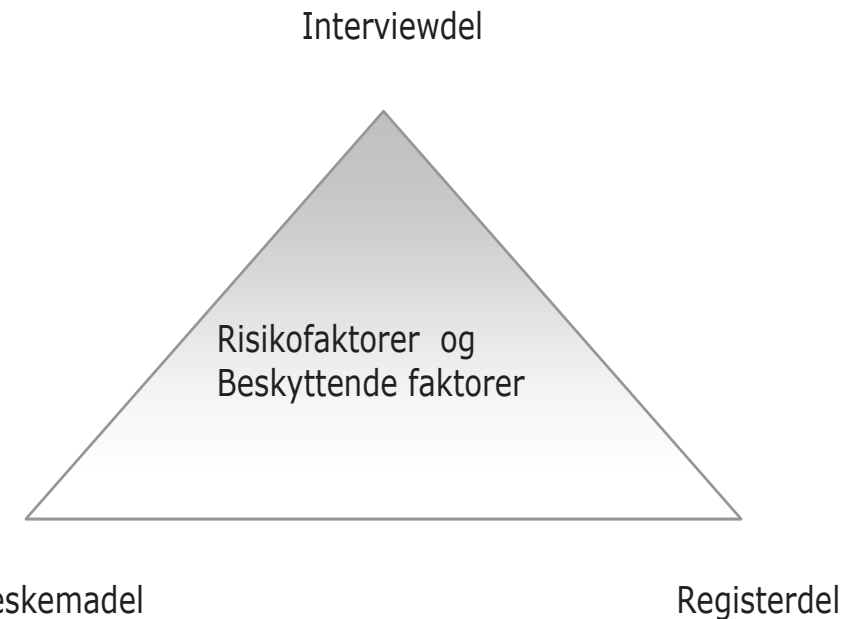
B) Resilient adfærd er ikke statisk men processuel, dvs. at adfærden kan komme til udtryk hos én og samme person i nogle perioder af livet, men ikke nødvendigvis i alle livsfaser. En problematisk barndom medfører ikke nødvendigvis sårbarhed resten af livet,

da bl.a. en konstruktiv skolegang kan være med til at udvikle resilient adfærd. Et individ kan eksempelvis være modstandsdygtig over for selvmordsadfærd i en livsfase, men ikke i en anden.

C) Resiliens er situationsbestemt, dvs. at vedkommende kan udvise resilient adfærd overfor én risikofaktor, hvorimod det kan være sårbart overfor andre risikofaktorer i en anden situation (Borge, 2003, Zand, 2007).

I "Sårbare livsfaser" skal resilient adfærd således ses som individets positive reaktion på belastende forhold. Tilstedeværelsen af de beskyttende faktorer og interaktionen med de distale risikofaktorer vil være afgørende for outputtet, altså om vedkommende reagerer med selvmordsadfærd eller resilient adfærd.

Figur 1



5. Metode og undersøgelsesdesign

Kombination af kvalitativ og kvantitativ metode

Den kvantitative og kvalitative metode kan med fordel kombineres og supplerer hinanden i forskningsstudier. Når der arbejdes med komplekse, multidimensionelle problemstillinger, kan der være forskellige tolkninger af samme fænomen.

Det højner gyldigheden af undersøgelsens resultater, når kombinationen af flere metoder kan producere viden om fænomenets forskellige dimensioner eller fortolkninger. Desuden giver en kombination af metoder mulighed for at anskue problemstillingen fra forskellige vinkler. Med andre ord giver en metodetriangulering en dybere indsigt, en mere afklaret og samtidig en mere nuanceret forståelse af undersøgelsesfænomenet (Hellevik, 1999, Gut, 2004).

På baggrund deraf har "Sårbare livsfaser" anvendt en triangulærforskningsmetode, bestående af tre delstudier:

- Delstudie I:** En registerbaseret undersøgelse
- Delstudie II:** En spørgeskemaundersøgelse
- Delstudie III:** En interviewundersøgelse

Det foreliggende projekts metoder er valgt med henblik på at opfange flest mulige beskyttende faktorer og belastende forhold (se oventående).

Den kvantitative metode, herunder register- og spørgeskemadelen, anvendes fordi den er velegnet til at beskrive udbredelsen af et "fænomen", altså hvor meget og hvor mange. Metoden har således - modsat kvalitativ forskning - et nomotetisk (generaliserende) sigte.

Den kvantitative forskningsmetode kan således identificere distale risikofaktorer og beskyttende faktorer, men kan ikke forklare, hvilken betydning disse faktorer har for det enkelte individs selvmordstanker og selvmordsadfærd. Det kan de kvalitative forskningsinterview derimod, idet interviewene kan indfange det idiografiske, altså det individuelle og det unikke. Den registerbaserede del vil belyse om folk, som har modtaget behandling for et selvmordsforsøg, har mindre risiko for gentagne selvmordsforsøg eller selvmord end andre selvmordsforsøgere, som ikke har modtaget behandling. Hovedfokus er således i høj grad rettet mod terapeutisk behandling som en beskyttende faktor. Spørgeskemadelen og interviewdelen søger derimod at indfange de øvrige beskyttende faktorer, som er nævnt i rapportens afsnit 3. Tidligere dansk forskning, hypoteser og formål, p.11.





A. Registerundersøgelsen – Delstudie I

Registerforskningsdelen

Formålet med denne del af undersøgelsen er at evaluere effekten af den behandling, som Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd i Odense (Forebyggelsescentret) tilbyder personer med selvmordsadfærd.

Center for Forebyggelse af Selvmordsadfærd¹

Centret blev etableret i maj 1992 og finansieret af Sygekassernes Helsefond, Sundhedspuljen og Fyns Amt m.h.p. at varetage behandlingen i Odense Kommune af mennesker, der havde forsøgt selvmord. Fra 1. januar 1998 overgik centret fra at være et tidsbegrænset projekt til at være et permanent center, der skulle dække hele Fyns Amt og med amtskommunal finansiering.

Organisatorisk er centret en del af Psykiatrisk Afdeling på Odense Universitets-hospital, og centret er placeret i Odense, men uden for universitetshospitalets område. Denne placering gør samarbejdet let med hensyn til muligheden for fremmøde på såvel de somatiske som psykiatriske afdelinger. Samtidig anses det for at være en fordel for klienterne, der kan finde det stigmatiserende at skulle møde på en psykiatrisk afdeling.

Målgruppe

Fra starten var målgruppen mennesker, der havde bopæl i Odense Kommune og som havde forsøgt selvmord. Mennesker med langvarigt misbrug, velkendt psykiatrisk lidelse og selvmordstruede klienter falder udenfor målgruppen. Ved overgang til amtskommunalt regi er behandlingstilbuddet udvidet til at dække hele Fyns Amt.

Visitationsprocedurer

Som følge af fokus på mennesker med et nyligt selvmordsforsøg er der etableret faste procedurer. Som hovedregel får centret via skadekort oplysninger fra de medicinske afdelinger, hvad der gør det muligt for centrets medarbejdere at kontakte de pågældende afdelinger og evt. etablere en aftale med klienten, inden denne forlader afdelingen. Samarbejdet med somatisk skadestue er endnu tættere, idet der dagligt indhentes skadekort på patienter med selvtilføjet skade og eller forgiftning. Herefter indhenter skadestuepersonalet tilladelse til, at centret må kontakte den pågældende. Før udskrivning gives tidspunkt for første kontakt på centret, og der medgives pjece om centret. Da der er satset meget på at opfange klienterne under indlæggelse, er der relativt få henvisninger fra praktiserende læger, som også ville kunne henvise efter behandling. Andre professionelle instanser, der erfarer, at der hos en klient/patient har været tale om et selvmordsforsøg, kan ligeledes henvende sig.

Arbejdets organisering

Åbningstider: Centret har åbent i almindelig dagarbejdstid ugens fem første dage. Ved behov herfor træffes der aftale med Psykiatrisk Skadestue om, at klienten kan henvende sig der uden for åbningstiden og uden lægehenvielse, som ellers er et krav.

Personalesammensætning: Centret har fem medarbejdere; en afdelingslæge, der er daglig leder, 1 socialrådgiver, 2 sygeplejersker og 1 sekretær.

Arbejdsopgaver

* Udredning/kontaktetablering

Rent praktisk lagde man i centret i starten vægt på, at første samtale skulle tilbydes som hjemmebesøg, men den kan også finde sted i centret eller på en hospitalsafdeling. Der lægges vægt på en hurtig kontaktetablering som grundlag for at forhindre gentagne selvmordsforsøg. Der arbejdes med vurdering af risikoen herfor og "antiselvmordskontrakter" samtidig med, at baggrunden for selvmordsforsøget kortlægges.

Behandlingstilbud

- Rådgivning
- Kriseintervention
- Støttende og pædagogiske samtaler
- Kognitiv adfærdsterapi

Metode

Evaluering af behandlingseffekten

Forskningsprojektet er gennemført som et case-kontrol studie. Undersøgelsespopulationen består af personer bosiddende i Fyns Amt, der har et registreret selvmordsforsøg. Denne population er hentet fra Register for Selvmordsforsøg. Ved hjælp af Forebyggelsescentrets register over behandlede patienter, inddeles selvmordsforsøgene i cases (som har modtaget behandling på Forebyggelsescenteret) og kontroller (som ikke har modtaget behandling på Forebyggelsescenteret). Effekten af behandlingen måles ved at sammenligne cases og kontroller i opfølgingsperioden efter selvmordsforsøget for:

- selvmord
- selvmord og uoplyst dødsårsag
- dødsfald af alle dødsårsager
- gentagne selvmordsforsøg

Selv mord anvendes i henhold til WHO's definition. Data om selvmord stammer fra Dødsårsagsregisteret. Uoplyst dødsårsag er dødsfald, hvor det ikke med sikkerhed har kunnet konstateres, om døden skyldes selvmord, ulykke eller vold. Ifølge K. Helweg-Larsen.² kan der gemme sig en række selvmord i denne gruppe. Dette udvidede selvmordsbegreb anvendes undertiden i selvmordsstatistikker (bl.a. i de andre nordiske lande).

Selvordsforsøg anvendes i henhold til WHO's definition. Registreringen af selvmordsforsøg finder sted, når personen kontakter et sygehus. Der er derfor en væsentlig underregistrering af selvmordsforsøg, idet f. eks. personer, der søger behandling for selvmordsforsøg hos praktiserende læger og vagtlæger, ikke registreres, hvis behandlingen ikke følges op på et sygehus.

Hvis cases og kontroller er væsentligt forskellige, er det muligt at foretage en en-til-en matchning ved hjælp af propensity score matchning³.

Registre

Datamaterialet til undersøgelsen er hentet fra danske registre, der er sammenkørt på CPR-numre. Tilladelsen til samkøringen er bevilget af Datatilsynet, journalnr. 2006-54-1993. Samkøringen er sket på server, der befinder sig hos Danmarks Statistik.

Information om dødsårsager, herunder selvmord og uoplyst dødsårsag hentes fra Dødsårsagsregisteret, som administreres af Sundhedsstyrelsen. Da Dødsårsagsregisteret ikke var opdateret efter 2001, er klassificeringen af dødsårsager efter 2001 foretaget ud fra indskannede dødsattester, leveret af Sundhedsstyrelsen.⁴

Information om selvmordsforsøg hentes fra Register

for Selvmordsforsøg, der administreres af Center for Selvmordsforskning. Registreringen af selvmordsforsøg omfatter selvmordsforsøg i Fyns Amt fra 1. april 1989, der resulterer i en kontakt til et hospital på grund af selvmordsforsøg. Det omfatter både skadestuer og afdelinger (både somatiske og psykiatriske).

Information om personer behandlet på Forebyggelsescenteret er hentet fra Forebyggelsescenterets interne registrering.

Information om kontakter til somatiske sygehuse og skadestuer er hentet fra Landspatientregistret, som administreres af Sundhedsstyrelsen.⁵

Information om kontakter til psykiatriske sygehuse og afdelinger er hentet fra Centrale Psykiatriske Forskningsregister, der administreres af Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital, Risskov.⁶

Information om tilknytning til arbejdsmarkedet er hentet fra IDA (Integreret Database for Arbejdsmarkedsforskning)⁷, der administreres af Danmarks Statistik. IDA indeholder ligeledes økonomiske og socio-demografiske data.

Statistisk metode

1. trin: udvælgelse af mulige confoundere

Udvælgelsen af covarianter er meget kritisk ved justeringen og skal derfor baseres a priori både på teoretiske overvejelser og empirisk evidens. Et eksempel er køn som confounder. Der er flere kvinder blandt cases end kontrollerne, desuden er selvmordsrisikoen mindre for kvinder end mænd. Køn er således en faktor, der påvirker både sandsynligheden for at en given person modtager behandling på Forebyggelsescentret og samtidig med, at selvmordsrisikoen er påvirket af køn. I og med at der er en formindsket risiko for selvmord blandt kvinder, kan det forklare en "behandlingseffekt", hvis man ukritisk sammenligner cases og kontroller. Det er derfor vigtigt, at cases og kontroller har samme andel af mænd og kvinder.

Kun confoundere bør inkluderes blandt covarianter til beregning af propensity score. Confoundere er covarianter, der kan forklare variation i både sandsynligheden for, at en person modtager behandling på Forebyggelsescentret og udfaldet af denne behandling.

Der kontrolleres for følgende confoundere: køn, alder, misbrug af alkohol og narkotika, psykisk sygdom, bopælskommune, samt diverse socio-økonomiske variable.

2. **trin:** bestemmelse af confounderens ubalance

Først undersøges om der er balance i confounderne (dvs. om fordelingen af køn, alder, mv. blandt cases og kontroller er ens) ved hjælp af en t-test. Hvis der er balance, kan man umiddelbart undersøge, om cases og kontroller har samme risiko for selvmord, ukendt dødsårsag og gentagne selvmordsforsøg i opfølgningsperioden. Confounderne vil i dette tilfælde ikke påvirke resultatet af analysen. Hvis der ikke er balance, må man skabe "den nødvendige balance" mellem cases og kontroller, så de "ligner" hinanden.

3. **trin:** bestemmelse af propensity score

Kort sagt udtrykker propensity score sandsynligheden for, at en given person modtager behandling på Forebyggelsescenteret som funktion af køn, alder mv.

$$\text{Log}\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = a + bX_i$$

Der anvendes en logistisk regressionsmodel, hvor behandling på Forebyggelsescenteret (en binær variabel) er den afhængige variabel. P_i er sandsynligheden for, at person i modtager behandling på Forebyggelsescenteret. De uafhængige variable er confounderne køn, alder mv. Der anvendes en multipel logistisk regressionsmodel, der således inddrager alle confoundere samtidigt i regressionen (confounderne er for person udtrykt ved en vektor X_i).

4. **trin:** matchning på propensity score

Observationerne (cases og kontroller) stratificeres i fem lige store grupper på baggrund af propensity score. Cases (behandlede) og kontroller (ikke-behandlede) matches en-til-en ved hjælp af propensity score. I denne analyse anvendes logit til den estimerede propensity score som foreslået af Rosenbaum og Rubin⁸ til matchningen, da denne oftest er normalfordelt.

$$q(x) = \log\left(\frac{1-e(X)}{e(X)}\right)$$

hvor $e(X)$ er den estimerede propensity score (svarende til P_i). En kontrol blev kun matchet til en case, hvis $q(x)$ for kontroller var indenfor $\pm 0,20$ af $q(x)$ for cases.

5. **trin:** undersøgelse af balance for confounderne på tværs af behandlingsgrupper

En t-test blev brugt til at undersøge, om matchningen i 4. tring gav balance i confounderne i hver behandlingsgruppe. Hvis der er statistisk signifikant forskel mellem cases og kontroller med hensyn til confounderne, skal propensity score estimeres igen - denne gang med interaktionsled mellem confounderne.

6. **trin:** beregning af behandlingseffekt (effekt mål) efter justering for confoundere

Efter at matchningen af cases og kontroller opfylder kriterierne for en tilfredsstillende en-til-en matchning, testes om der er effektforskelle. Fisher's exact test (ensidig) bruges til at undersøge, om der er en formindsket selvmordsrisiko, risiko for selvmord og ukendt dødsårsag, risiko for død og risiko for et nyt selvmordsforsøg i opfølgningsperioden for cases sammenlignet med kontrollerne.

Resultater

Sammenligning af cases og kontroller før justering for confoundere

Cases og kontroller sammenlignes med hensyn til socio-økonomiske og psykiatriske data i tabel 1. Der er 1.525 personer, der har været behandlet på

Forebyggelsescenteret (cases). Resten af personerne fra Register for Selvmordsforsøg bruges om kontroller (5.716 personer). Der ses en signifikant forskel på cases og kontroller for de fleste variable (confoundere), der er analyseret for.

Nogle af disse forskelle kan forklares ud fra Forebyggelsescenterets historie. En større andel af cases har bopæl i Odense (75% versus 58%), hvilket er forståeligt, da Forebyggelsescenterets tilbud i perioden 1992-1997 kun var rettet mod personer bosiddende i Odense. Transporttid mellem hjem og Forebyggelsescenteret har utvivlsomt også betydning for, om patienter siger ja til behandlingstilbuddet. Blandt cases ligger året for det første registrerede selvmordsforsøg ligeledes senere, end det gør hos kontrollerne. Dette kan forklares ud fra, at registreringen af selvmordsforsøg begyndte tre år tidligere end Forebyggelsescenterets etablering.

Andre forskelle kan forklares ud fra Forebyggelsescenterets inklusionskriterier. Der er signifikant færre cases med diagnoser for skizofreni, affektive lidelser, og misbrug af alkohol og narkotika. Forebyggelsescenterets behandlingstilbud gives ikke til patienter, der er psykotiske eller har et alvorligt alkohol- eller narkotikamisbrug. Andre psykiske lidelser, der er mindre repræsenteret blandt cases, er organiske psykiske lidelser, angstlidelser og personlighedsforstyrrelser. Til gengæld er der en større andel af cases, der har stressreaktioner.

Andre forskelle derimod skyldes sikkert nogle forhold, der bedst forklares ved, at Forebyggelsescenterets behandlingstilbud mere appellerer til nogle patienter end til andre.

Blandt dem, der har modtaget behandling på Forebyggelsescenteret, er der en lavere repræsentation af:

- Mænd
- Ældre patienter
- Patienter med lavere uddannelse

- Patienter med lavere indkomster
- Patienter uden arbejde

Tabel 2 viser andelen af henholdsvis cases og kontroller, der har selvmordsadfærd i opfølgingsperioden. Cases har kun halvt så stor en risiko for et efterfølgende selvmord (statistisk signifikant). Hvis selvmord udvides med ukendt dødsårsag, er risikoen for dette kun en tredjedel blandt cases i forhold til kontroller (2% versus 6%). Tilsvarende er kun 7% af cases døde i opfølgingsperioden, hvorimod 21% af kontrollerne er døde. Dvs. næsten en tredjedel af dødsfaldene hos såvel cases som kontroller kan relateres til selvmord. Der er derimod ingen signifikant forskel mellem cases og kontroller med hensyn til risikoen for et efterfølgende selvmordsforsøg i opfølgingsperioden (25% for både cases og kontroller).

Sammenligning af cases og kontroller efter justering for confoundere

Propensity score matchningen reducerer antallet af cases fra 1.525 til 403, og da matchningen cases/kontroller er én-til-én, reduceres antallet af kontroller fra 5.716 til 403.

Efter propensity score matchning er forskelle mellem cases og kontroller statistisk insignifikante med hensyn til de undersøgte variable.

Endvidere er der nogenlunde samme fordeling af socio-økonomiske og psykiatriske variable blandt cases før og efter matchningen. Mest markant er et mindre fald i andelen af mænd (fra 36% til 32%). Heller ikke blandt de psykiatriske variable er der sket større ændringer. Andelen af personer med alkoholmisbrug, skizofreni, angstlidelser er kun steget ganske lidt (1 procentpoint), hvilket sikkert skyldes, at det er nemmere at matche kontroller til disse cases. Derimod er der sket en markant stigning i andelen af personer med stressrelaterede lidelser (fra 23% til 28%).

Til gengæld er der en væsentlig forskel på sammensætningen af kontroller før og efter propensity

score matchningen. Andelen af mænd er faldet fra 45% til 35%, ligesom gennemsnitsalderen er faldet fra 39,5 til 34,0 år, og andelen af personer bosiddende i Odense er steget fra 58% til 74%. Der er endvidere færre alkohol- og narkotikamisbrugere, skizofrene, personer med affektive lidelser og angst, men flere med stressrelaterede lidelser.

Diskussion

Cases og kontroller

Udgangspunktet for analysen har været at inddele de personer, der findes i Register for Selvmordsforsøg, i cases (personer, der har modtaget behandling på Forebyggelsescenteret) og kontroller (personer, der ikke har modtaget behandling på Forebyggelsescenteret). De informationer, der indgår i analysen, stammer fra en række personbaserede registre. I denne forbindelse kan man ikke anvende oplysninger fra Forebyggelsescenterets eget register over behandlede patienter, da disse oplysninger ikke findes for kontrollerne.

Effekt mål

Forebyggelsescenterets formål er at forebygge yderligere selvmordsadfærd hos personer, der har haft et selvmordsforsøg. Det har derfor været oplagt at undersøge, om cases har en mindre risiko end kontrollerne for at begå selvmord i opfølgingsperioden. Dødsårsagsregisteret har to kategorier af dødsårsager, der er relevante til dette formål: selvmord og ukendt dødsårsag. Selvmord angives som dødsårsag, når der ikke hersker tvivl om, at personen har begået selvmord, mens kategorien ukendt dødsårsag anvendes, når det ikke med sikkerhed kan fastslås, om personen er død på grund af selvmord, vold eller ulykke. I denne undersøgelse anvendes derfor to dødsårsager: selvmord og det udvidede selvmordsbegreb (selvmord udvidet med ukendt dødsårsag).

Det er også relevant at undersøge, om behandlingen på Forebyggelsescenteret mindsker risikoen for yderligere selvmordsforsøg i opfølgingsperioden. Denne risiko vurderes ud fra Register for Selvmordsforsøg, der dog

kun indeholder selvmordsforsøg, der har resulteret i en kontakt til et sygehus: enten somatiske eller psykiatriske afdelinger i Fyns Amt. Når patienter afslutter behandlingen på Forebyggelsescenteret, råder man dem til at kontakte psykiatrisk afdeling ved alvorlige selvmordsimpulser eller egentlige selvmordsforsøg. Der er derfor mulighed for, at tidligere patienter fra Forebyggelsescenteret har ændret kontaktsadfærd i forbindelse med selvmordsforsøg, så de oftere kontakter et sygehus end kontrollerne. Dette betyder, at man skal være opmærksom på, at der evt. kan være bias i forbindelse med estimering af risiko for selvmordsforsøg i opfølgingsperioden.

Case-kontrol analyse efter justering for eventuelle confoundere

Ud fra de data, der er tilgængelige i de anvendte registre, er der signifikant forskel på behandlede og ikke-behandlede patienter.

Generelt kan man sige, at de personer, der har benyttet sig af Forebyggelsescenterets tilbud, ikke er så belastede med hensyn til psykiatrisk historie og misbrug af alkohol og narkotika, og derfor også uden behandling på Forebyggelsescenteret ville have haft en mindre risiko for efterfølgende selvmord og selvmordsforsøg sammenlignet med de ikke-behandlede.

Der er en nedsat risiko for selvmord (efter begge opgørelsesmetoder) og død i al almindelighed blandt de personer, der er behandlet på Forebyggelsescenteret sammenlignet med kontrollerne. Det kan evt. skyldes, at cases er en selekteret gruppe. Derimod er der ikke en nedsat risiko for et efterfølgende selvmordsforsøg.

Case-kontrol analyse efter justering for eventuelle confoundere

Formålet med propensity score matchning er, at cases og kontroller ligner hinanden så meget som muligt, hvad angår sandsynligheden for at modtage behandling på Forebyggelsescenteret. Denne metode simulerer opdelingen i cases og kontroller ved lodtrækning (som i randomiserede kliniske forsøg). Metoden tager kun

højde for de variable, som kan genfindes i tilgængelige registre.

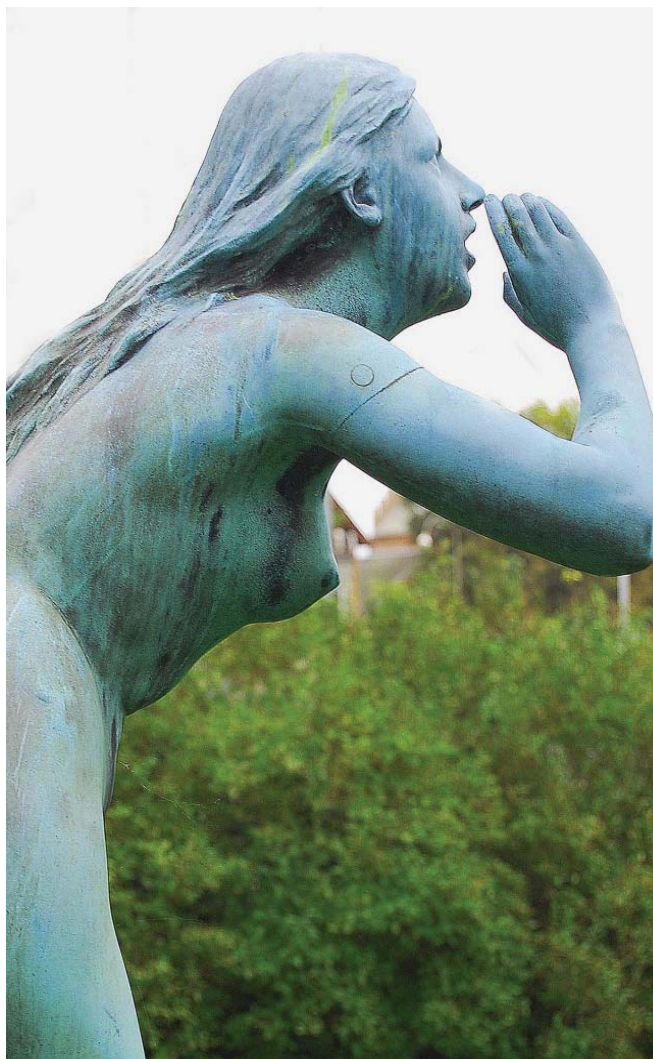
Efter propensity score matchning er antal af cases reduceret til ca. 25% af den oprindelige population. Den tilbageværende fjerdedel af cases ligner hele case-populationen med hensyn til de undersøgte variable, hvorimod kontrol-populationen ser væsentligt anderledes ud efter propensity score matchningen. Beregningerne viser, at der ikke er signifikant færre selvmord, selvmord inklusiv ukendt døds måde eller dødsfald generelt blandt cases sammenlignet med kontrollerne (Tabel 4).

Confounder-effekten af de analyserede socioøkonomiske og psykiatriske variable er fjernet efter propensity score matchningen. Ligeledes er udarbejdelsen af dødsattest og håndteringen af Dødsårsagsregisteret (inklusiv bestemmelse af døds måde) uafhængig af, om en given person har medtaget behandling på Forebyggelsescenteret. Konklusionen er derfor, at selvmordsforsøgere i opfølgingsperioden ikke har en reduceret risiko for selvmord.

Der er derimod signifikant flere selvmordsforsøg blandt cases sammenlignet med kontrollerne. I denne undersøgelse er kun undersøgt risikoen for det første gentagne selvmordsforsøg i opfølgingsperioden. Confounder-effekten af de analyserede socioøkonomiske og psykiatriske variable er fjernet efter propensity score matchningen.

Ud fra følgende resultater kan det ikke konkluderes, at effekten af behandlingen har hæmmet eller bremset processen mod gentagne selvmordsforsøg eller selvmord. Personerne, der har været i behandling ved Center for Selvmordsforebyggelse i Odense, har således ikke ageret med resilient adfærd over for de psykosociale belastninger, som de har været udsat for i opfølgingsperioden (se selvmordsprocesmodellen).

Det kan dog være vanskeligt at vurdere, om behandlingsforløbet på Forebyggelsescenteret kan have



indflydelse på sandsynligheden for, at et efterfølgende selvmordsforsøg registreres. Det springende punkt er, om et behandlingsforløb på Forebyggelsescenteret forøger sandsynligheden for, at disse personer i højere grad kontakter et sygehus i forbindelse med selvmordsforsøg. Det kan derfor ikke med sikkerhed konkluderes, at selvmordsforsøgere har en forøget risiko for selvmordsforsøg i opfølgingsperioden som følge af behandlingsforløbet, eller det skyldes ændret kontaktadfærd til sygehussystemet.

Resultaterne fra denne undersøgelse har været aktuel som en poster ved IASP konference i Killarney, Irland, august 2007.

¹Udvalget til udarbejdelse af forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Bilagsdel til Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen 1998

²Helweg-Larsen K, Laursen B, Kruse M. Selvmord i Danmark. Markant fald, men stigende antal selvmordsforsøg – Hvorfor?. Statens Institut for Folkesundhed 2006

³Yanovitzky I, Zanutto E, Hornik R. Estimating causal effects of public health education campaigns using propensity score methodology. Evaluation and program Planning 2005;28:209-220

⁴http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/Beskrivelse_af_registre/Doedsaarsagsregister.aspx?lang=da

⁵Christiansen E, Jensen BF: Register for Suicide Attempts. Danish Medical Bulletin 2004;51(4):415-417

⁶http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Registre_og_sundhedsstatistik/beskrivelse_af_registre/Landspatientregister.aspx,

⁷Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. Dan Med Bull. 1997 Feb;44(1):82-4. <http://www.dst.dk/TilSalg/Forskningsservice/Fsedatabaser/IDA.aspx>

⁸Rosenbaum PR, Rubin DB: Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. The American Statistician 1985;39(1):33-38

Tabel 1. Sammenligning af personer der har fået behandling og ikke fået behandling før justering

	Ikke behandlet	Behandlet	Forskel			
Confounder	(n=5.716)	(n=1.525)	(n=7.241)			
	Middel	Std afv.	Middel	Std afv.	t-værdi	signifikans
<i>Socio-demografiske faktorer</i>						
Kønsfordeling (% mænd)	45 %	50 %	36 %	48 %	6,25	**
Indkomstfordeling (Lav indkomst)	41 %	49 %	37 %	48 %	2,83	*
Bopæl i Odense	58 %	49 %	75 %	43 %	-13,59	**
Uddannelse (lav uddannelse)	54 %	50 %	47 %	50 %	5,24	**
Bor alene	56 %	50 %	50 %	50 %	4,00	**
Arbejder ikke	24 %	42 %	13 %	33 %	10,81	**
Alder	39,5 år	17,1 år	34,6 år	14,6 år	11,42	**
Tidspunkt for selvmordsforsøg	1995	4,7	1999	4,0	-32,43	**
<i>Psykkiske lidelser</i>						
Organiske psykiske lidelser	2 %	13 %	0 %	6 %	5,20	**
Alkoholmisbrug	19 %	39 %	7 %	26 %	13,82	**
Narkotikamisbrug	7 %	25 %	3 %	7 %	7,28	**
Skizofreni	8 %	27 %	2 %	12 %	13,70	**
Affektive lidelser	12 %	33 %	8 %	27 %	5,60	**
Angstlidelser	5 %	22 %	3 %	17 %	4,04	**
Obsessiv-compulsiv lidelse	0 %	6 %	0 %	5 %	0,68	
Stressreaktion	16 %	37 %	23 %	42 %	-5,83	**
Spiseforstyrrelse	1 %	11 %	1 %	9 %	1,34	
Personlighedsforstyrrelse	14 %	35 %	10 %	30 %	4,18	**
Andre psykiske lidelser	10 %	30 %	10 %	30 %	0,30	

* p < 0,05, ** p < 0,0001

Tabel 2. Sammenligning af personer der har fået behandling og ikke fået behandling efter justering

	Ikke behandlet	Behandlet	Forskel			
Confounder	(n=403)	(n=403)	(n=403)			
	Middel	Std afv.	Middel	Std afv.	t-værdi	signifikans
Socio-demografiske faktorer						
Kønsfordeling (% mænd)	35 %	48 %	32 %	47 %	0,89	
Indkomstfordeling (Lav indkomst)	39 %	49 %	35 %	48 %	1,17	
Bopæl i Odense	74 %	44 %	73 %	44 %	0,08	
Uddannelse (lav uddannelse)	51 %	50 %	45 %	50 %	1,69	
Bor alene	47 %	50 %	51 %	50 %	-0,99	
Arbejder ikke	13 %	34 %	13 %	34 %	0,00	
Alder	34,0 år	15,6 år	34,9 år	14,8 år	-0,85	
Tidspunkt for selvmordsforsøg	1999	4,3	1999	4,1	-1,96	
Psykiske lidelser						
Organiske psykiske lidelser	1 %	10 %	1 %	7 %	0,82	
Alkoholmisbrug	7 %	26 %	8 %	27 %	-0,27	
Narkotikamisbrug	4 %	19 %	3 %	16 %	0,80	
Skizofreni	2 %	13 %	3 %	18 %	-1,36	
Affektive lidelser	10 %	31 %	8 %	28 %	0,96	
Angstlidelser	2 %	16 %	4 %	19 %	-1,02	
Obsessiv-compulsiv lidelse	1 %	5 %	1 %	10 %	-1,35	
Stressreaktion	23 %	42 %	28 %	45 %	-1,78	
Spiseforstyrrelse	1 %	12 %	1 %	8 %	1,42	
Personlighedsforstyrrelse	12 %	33 %	11 %	32 %	0,44	
Andre psykiske lidelser	11 %	32 %	10 %	30 %	0,79	

* p < 0,05, ** p < 0,0001

Tabel 3. Sammenligning af personer der har fået behandling og ikke fået behandling før justering

	Ikke behandlet	Behandlet	Forskel			
Effekt	(n=5,716)	(n=1,525)	(n=7,241)			
	Middel	Std afv.	Middel	Std afv.	En-sidet	signifikans
Selv mord	4 %	20 %	2 %	14 %	Venstresidet	**
Selv mord og uoplyst døds måde	6 %	24 %	2 %	15 %	Venstresidet	**
Død	21 %	41 %	7 %	25 %	Venstresidet	**
Selv mordsforsøg	25 %	43 %	25 %	43 %		
* p < 0,05, ** p < 0,0001						

Tabel 4. Sammenligning af personer der har fået behandling og ikke fået behandling efter justering

	Ikke behandlet	Behandlet	Forskel			
Effekt	(n=403)	(n=403)	(n=806)			
	Middel	Std afv.	Middel	Std afv.	En-sidet	signifikans
Selv mord	2 %	16 %	2 %	14 %		
Selv mord og uoplyst døds måde	4 %	20 %	2 %	15 %		
Død	8 %	27 %	7 %	25 %		
Selv mordsforsøg	20 %	40 %	28 %	45 %	højresidet	*

* p < 0,05, ** p < 0,0001

B. Spørgeskemaundersøgelsen – Delstudie II

Delstudie II består af en spørgeskemaundersøgelse. I såvel internationale som nordiske studier ses det ofte, at selvmordsforsøgere bliver sammenlignet med ikke-selvordsforsøgere. Der findes derimod ikke mange forskningsstudier, der - som i den aktuelle undersøgelse - sammenligner selvmordsforsøgere med personer, der har haft alvorlige selvmordstanker. Hensigten er at identificere belastende samt beskyttende forhold i respondenternes sidste suicidale periode.

Ydermere vil ligheder og især forskelle mellem de to grupper blive fremhævet.

Rekrutteringsproces og mediestrategi

Center for Selvmordsforskning har i samarbejde med WHO Collaborating Centre: Centre for Therapy and Studies of Suicidal Behaviour i Hamburg udarbejdet en mediestrategi i forhold til rekruttering af respondenter. WHO-centret i Hamburg har selv - med stor succes - anvendt medierne. Undersøgelsens studiepopulation er således blevet rekrutteret gennem landsdækkende medier, dvs. radio, TV, aviser samt diverse relevante hjemmesider. En anden rekrutteringsvej har været Klinik for Selvmordstruede i Odense, hvor tidligere klienter er blevet kontaktet og spurgt om deres interesse for deltagelse i projektet. De fleste respondenter (95%) er rekrutteret gennem medierne.



Undersøgelsens repræsentativitet

I bestræbelserne på at gøre undersøgelsen så repræsentativ så mulig er der blevet rekrutteret respondenter fra hele landet. En vigtig del af mediestrategien var at anvende medier, der henvender sig til forskellige målgrupper. Spørgsmålet er, om undersøgelsesrespondenterne er repræsentative for selvmordstruede mennesker i Danmark. Data-materialet har en overvægt af kvinder og personer i aldersgrupperne 18-29 og 30-59. Dette stemmer overens med statistikkerne, der viser, at hyppigheden af selvmordsforsøg er større blandt kvinder end mænd og mest udbredt i de yngre aldersgrupper. Mht. forekomsten af selvmordstanker så viser undersøgelser ligeledes, at selvmordstanker er hyppigst blandt de yngste aldersgrupper (16-24 og 25-44). Derefter falder hyppigheden. (Bille-Brahe, 1993; Hawton et al. 1994; Crosby et al. ; Kjoller & Helweg-Larsen, 2000; Kuo et al. 2001; Rancans et al. 2003). Der er dog – modsat selvmordsforsøg – ikke nogen klare trends i forhold til køn og selvmordstanker (Vilhjalmsson et al. 1998; Thomas et al. 2002).

Eksempelvis:

- Meget ressourcetsvage personer, såsom stærkt psykiske syge, alkoholmisbrugere, osv.
- Personer, der - pga. forskellige motiver - ikke ønsker at tale om deres suicidale periode
- Etniske minoriteter (Ifølge Islam er det forbudt at begå selvmord, eksempelvis muslimer afstår derfor måske fra deltagelse)

Det kan dog ikke udelukkes, at visse grupper er underrepræsenteret i materialet. På baggrund af ovenstående kan der således forekomme nogle ukendte skævheder i materialet.

Inklusions- versus eksklusionskriterier

For at deltage i forskningsprojektet skulle deltagerne opfylde følgende kriterier:

- have haft et eller flere selvmordsforsøg
- have haft alvorlige selvmordstanker
- være fyldt 18 år

Personer med aktuelle selvmordstanker blev ekskluderet af undersøgelsen. Det gjaldt for én person. Respondenterne henvendte sig således til Center for Selvmordsforskning efter at have hørt om projektet gennem medierne eller Klinik for Selvmordstruede. Deltagerne blev spurgt om de ovennævnte kriterier. WHO's definition af selvmordsforsøg og Sundhedsstyrelsens definition af alvorlige selvmordstanker blev anvendt i forhold til inklusionskriterierne. Opfyldte respondenterne kravene, fik de tilsendt spørgeskemaet eller udfyldte det elektronisk. I spørgeskemaet blev deltagerne spurgt, om de ville interviewes. Der er gennemført 33 forskningsinterviews.

Statistisk analyse/metode

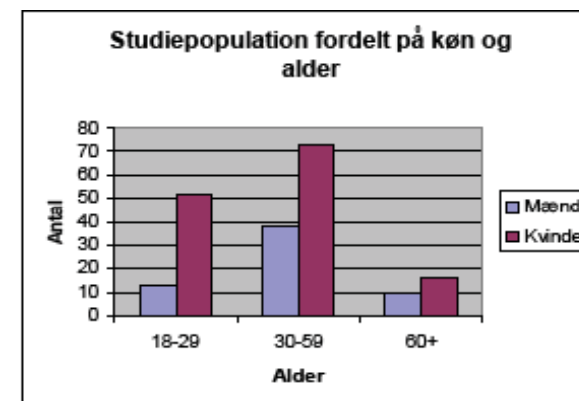
Statistisk analyse af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen er udført med SPSS for Windows, version 11.0. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er opstillet i frekvenstabeller med odds ratioer og tabeller med korrelationsanalyser. Størrelsen af risikofaktorer og beskyttende faktorer er angivet ved brug af odds ratioer og testet ved hjælp af Fisher's exacts test (ensidig). Sammenhængen mellem to beskyttende faktorer eller risikofaktorer er angivet ved hjælp af Pearsons korrelationskoefficient og testet ved hjælp af Persons χ^2 -test.

Til spørgeskemaundersøgelsen hører et appendix, hvor der gives eksempler på, hvordan de enkelte tabeller skal forstås og læses, hvad et odds-ratio, en korrelationskoefficient osv. er.

Kort om respondentgruppen

Studiepopulationen består af 201 respondenter, som henholdsvis har forsøgt selvmord (119) eller har haft alvorlige selvmordstanker (82).

Figur 1



Som det fremgår af figur 1 består undersøgelsen af flest kvinder, og de fleste respondenter befinder sig i aldersgruppen 30-59 år. Det har været vanskeligt at rekruttere 60+`ere, hvilket kan hænge sammen med, at forekomsten af selvmordsforsøg og selvmordstanker falder med alderen. Især de helt ældre mænd 80+ findes der ingen af i datamaterialet.



Figur 2



Figur 2 viser, at der er flest kvinder i gruppen af såvel selvmordsforsøgere som i gruppen af personer med alvorlige selvmordstanker. Der deltager flere mænd med alvorlige selvmordstanker end mænd med selvmordsforsøg i undersøgelsen, hvilket forholder sig modsat for kvinderne.

Resultater

Identifikation af distale risikofaktorer og beskyttende faktorer

Datamaterialet blev inddelt i personer med selvmordsforsøg (SF) og personer med alvorlige selvmordstanker (AST), og grupperne sammenlignes for variable vedrørende sociodemografi, barndommen, selvmordsadfærd, selvmordstanker, motiver for selvmordshandlingerne, diverse distale risikofaktorer samt beskyttende faktorer. I spørgeskemaet bliver respondenterne bedt om at tage udgangspunkt i det sidste selvmordsforsøg, eller sidste gang de havde alvorlige selvmordstanker. Sagt med andre ord er hovedfokus respondenternes sidste suicidale periode. Undersøgelsen tilstræber således en retrospektiv tilgang, dvs. at respondenterne ser tilbage på deres liv.

Denne metodetilgang er velegnet fordi:

- Respondenten har haft tid til at reflektere over den forgangne tid og vil således kunne give valide og fyldestgørende svar (Hellevik, 1999).

- Den giver mulighed for over tid at kortlægge årsagssammenhænge i forhold til en række variable i den enkelte respondents liv.

Opvækstvilkår i oprindelsesfamilien

Det er velkendt, at dårlige opvækstvilkår i oprindelsesfamilien f.eks. skilsmisse, omsorgssvigt, overgreb, mishandling, incest, sygdom, dødsfald, placering uden for hjemmet kan være risikofaktorer for selvmordstanker og selvmordsadfærd. Se selvmordsprocesmodellen (Agerbo et al. 2002, Beautrias, 2000, Borowsky et al. 2001, Nygaard Christoffersen, 1999).

Tabel 1

Respondenternes oplevelse af barndommen, fordelt på antal og procentdele						
	SF		AST		Total	
	N	%	N	%	N	%
God barndom	14	11,8	8	9,8	22	11
Almindelig barndom	33	27,7	24	29,3	57	28,3
Dårlig barndom	72	60,5	50	60,8	122	60,7
Total	119	100	82	100	201	100

Krænkelser fra barndommen, altså fra tidligere faser i livet, kan skabe en latent sårbarhed hos det enkelte individ, som ved alvorlige og gentagne stressfaktorer senere i tilværelsen kan udløse selvmordsadfærd. I spørgeskemaet spørges til respondenternes barndom.

Som det fremgår af tabel 1, angiver en overvejende del af respondentgruppen (60,7%), at barndommen var dårlig. Der er ingen signifikante forskelle på selvmordsforsøgere og personer med alvorlige selvmordstanker i forhold til deres syn på barndommen. Og der er ingen signifikante forskelle i forhold til køn og alder i studiepopulationen. Betydningen af respondenternes barndom for deres voksenliv og selvmordsadfærd vil blive uddybet i interviewundersøgelsen, delstudie III.

Impulsivitet og reaktioner

Forskellige studier har vist, at personlighedsmæssige træk som impulsivitet, aggressionstendens, manglende fleksibilitet, passivitet, følelse af meningsløshed, håbløshed og manglende nuancering i tænkningen kan være risikofaktorer for selvmordshandlinger. Mange selvmordshandlinger er kendetegnet af en betydelig grad af impulsivitet. Impulsiviteten fremmes af træthed, udmattelse, magtesløshed og beruselse. Ofte er det en afmagtshandling, hvor situationen gør det vanskeligt at få en anden i tale, eller hvor det er vanskeligt at sætte ord på.

45,4% af studiepopulationens selvmordsforsøgere angiver således, at deres sidste selvmordsforsøg skete impulsivt. Andre studier har vist, at i over to tredjedele af tilfældene er tanken om selvmord opstået inden for den sidste time, inden handlingen blev foretaget.

Dog skal man være opmærksom på selvmordsprocesmodellen, som er beskrevet indledningsvis. Forsøget/handlingen opstår sjældent som lyn fra en klar himmel, ofte ligger der negative livsbegivenheder og/eller belastende livsomstændigheder bag (Madsen et al. 2003, Crosby et al. 1999, Fleming et al. 2007).

Tabel 2

Reaktioner og omtanke							
	SF		AST		Total		Odds ratio Signifikans (ensidig)
	N	%	N	%	N	%	
Hvordan reagerer du, hvis der er noget der går dig på? Tænker du dig godt om inden du reagerer?	60	0,8	54	66,7	114	57,3	0,517*

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0005

Som det fremgår af tabel 2 bliver respondenterne spurgt om, hvordan de reagerer, hvis noget går dem på i hverdagen. Tænker de sig om, inden at de handler? En signifikant overvægt af personer med selvmordstanker ($P < 0,05$) angiver, at de tænker sig godt om, inden de reagerer i forhold til selvmordsforsøgene. Omtanke er således en signifikant beskyttende faktor for selvmordsforsøg (se appendix). Denne kontrollerende individuelle egenskab kan sammen med andre faktorer have bremset eller dæmpet selvmordsprocessen for personer med alvorlige selvmordstanker, der således har ageret med resilient adfærd frem for selvmordsadfærd.

Baggrundsmotiver for selvmordshandlingerne

En overvejende del af hele respondentgruppen (90%) gjorde sig nøje overvejelser om, hvad de ville opnå ved at gøre alvor af deres selvmordstanker. Overvejelser om selvmordshandlinger kan have forskellige motiver. Handlingen kan være motiveret af et ønske om at komme ud af en uudholdelig situation (flugt) eller være et budskab til omgivelserne af aggressiv eller appellerende karakter (kommunikation).

Tabel 3

Motiver for selvmordshandlinger							
	SF		AST		Total		Odds ratio Signifikans (ensidig)
	N	%	N	%	N	%	
Jeg ville dø	79	66,4	47	57,3	126	62,7	1,471
Jeg ville væk for en tid	31	26,1	36	43,9	67	33,3	0,450**
Jeg ville påvirke nogen	14	11,8	21	25,6	35	17,4	0,387**
Jeg ville have hjælp	33	27,7	23	28	56	27,9	0,984
Jeg ville se, om nogen holdt af mig	14	11,8	10	12,2	24	1,9	0,960
Jeg ville hævne mig	6	5	4	4,9	10	5	1,035
Jeg ville give nogen skyld- følelse	12	10,1	4	4,9	16	8	2,187

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0005

Ofte kan begge ovennævnte motiver dog være til stede. Sagt på en anden måde kan handlingen både være tænkt som en kommunikation overfor eksempelvis nærtstående samt være motiveret af et ønske om at dø. (Madsen et al. 2003). I spørgeskemaet bliver respondenterne spurgt om, hvad de ønskede at opnå. De fleste respondenter angiver, at de ønsker at dø, hvilket indikerer en høj selvmordsintention.

En overvægt af især selvmordsforsøgene rapporterer, at de ønskede at dø. Men forskellen er ikke signifikant. Motiver som: at ville væk for en tid og ville have hjælp er også fremherskende i datamaterialet. Nogle respondenter har angivet flere baggrundsmotiver end ét for deres tanker/handlinger.

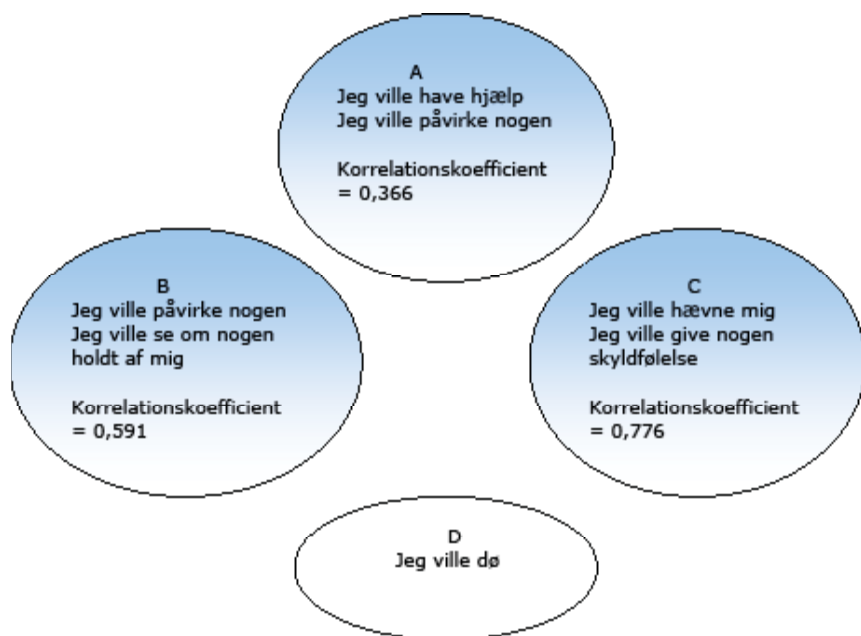
En signifikant overvægt ($P < 0,01$) af personer med alvorlige selvmordstanker rapporterer i forhold til selvmordsforsøgene, at de ville væk for en tid, og at de ville påvirke nogen. En signifikant overvægt af datamaterialets 18 til 29-årige angiver (sammenlignet med de øvrige aldersgrupper) intentionen: -Jeg ville have hjælp. Dette resultat stemmer overens med andre studier, der viser, at unges selvmordsforsøg ofte ikke er motiveret af et ønske om at dø, men snarere et ønske om at få hjælp (Fleming et al. 2007). De unges intentionsgrad er således ofte lavere end de øvrige aldersgrupper. Det betyder ikke, at man skal negligere unges selvmordsforsøg eller selvmordstanker, da adfærden i høj grad er et udtryk for mistrivsel.

Korrelationsanalyser af baggrundsmotiver for selvmordsovervejelserne

Der er foretaget korrelationsanalyser af datamaterialet. En korrelationsanalyse afdækker, om der er sammenhæng mellem variable, og hvor stærk sammenhængen er. En korrelationskoefficient kan gå fra 1 til -1, hvor 1 beskriver en perfekt positiv sammenhæng (se appendix). I forhold til respondenternes motiver er hensigten "at ville dø" negativ korreleret med de øvrige baggrundsmotiver. Dvs. at har respondenterne svaret ja til "at ville dø", så har den enkelte respondent typisk svaret nej til de andre baggrundsmotiver. Der er således ingen positiv sammenhæng mellem det at ville dø og de andre baggrundsmotiver for selvmordsovervejelserne.

Nedenstående model er et eksempel på, hvordan de enkelte variable er positivt forbundet.

Hele studiepopulationen



De stærkeste sammenhænge mellem variable i datamaterialet findes i cirklerne B og C. Dvs. har respondenterne svaret ja til, at jeg ville hævne mig, så har vedkommende typisk svaret ja til, at jeg ville give nogen skyldfølelse (cirkel c).

Der er ingen nævneværdige forskelle mellem selvmordsforsøgere og personer med alvorlige selvmordstanker i forhold til korrelationsanalyserne af baggrundsmotiver for selvmordsovervejelser.

Oplysninger om problemer

Mens risikofaktorer for selvmord er velbelyste, findes der langt færre undersøgelser, der belyser risikoen for selvmordsforsøg og selvmordstanker. Man ved dog, at en række forhold forekommer hyppigere hos personer, der forsøger selvmord, end hos resten af befolkningen. Det gælder f.eks. alkoholmisbrug og sociale karakteristika som arbejdsløshed, førtidspension, skilsmisse, enlig civilstand og konflikter med nærtstående. Desuden har de fleste personer, der forsøger selvmord, en eller flere psykiatriske diagnoser. Der er således evidens for, at selvmordstruede mennesker er mere belastede end de fleste. Ofte føler de sig hårdt ramt, men på den anden side har de håndteret flere vanskeligheder end de fleste gennem livet (Madsen et al 2003, Beautrias, 2000, Borowsky, 2001, Christiansen, 2004, Sundhedsstyrelsen, 2007, Roy, 2000)

Respondentgruppen bliver i spørgeskemaet spurgt om, hvilke psykosociale problemer de havde i deres sidste suicidale periode.

Tabel 4

Hvad havde du problemer med?							
	SF N %		AST N %		Total N %	Odds ratio Signifikans (ensidig)	
Partner/ ægtefælle/ kæreste	56	47,1	52	63,4	108	53,7	0,513*
Nærmeste familie	44	37	29	35,4	73	36,3	1,072
Venner/ kollegaer	26	21,8	17	20,7	43	21,4	1,069
Følelse af ensomhed	85	71,4	71	86,6	156	77,6	0,387**
Personlige problemer	78	65,5	36	43,9	114	56,7	2,431**
Fysisk helbred	27	22,7	18	20	45	22,4	1,043
Mentalt helbred	75	63	61	74,4	136	67,7	0,587
Afhængig- hed af alkohol, narko, spil	19	16	21	25,6	40	19,9	0,552
Arbejde/ uddannelse	29	24,4	24	29,3	53	26,4	0,779
Økonomi	40	33,6	26	31,7	66	32,8	1,091

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0005

Som det fremgår af tabel 4, har respondentgruppen i deres sidste suicidale periode især haft problemer med:

- De primære relationer: partner/ægtefælle/kæreste
- Følelse af ensomhed
- Personlige problemer
- Mentalt helbred

Dette stemmer overens med en WHO-undersøgelse, der viste, at de typiske problemer, som informanterne havde inden deres suicidale handling, var familieproblemer (40% af kvinderne og 25% af mændene) og egne psykiske problemer (30% af både kvinderne og mændene). (Mehlum et al. 1999).

De primære sociale relationer

53,7% af hele studiepopulationen rapporterer, at de havde problemer med partner/ægtefælle/kæreste. En signifikant overvægt af personer med alvorlige selvmordstanker ($p < 0,01$) angiver at have problemer med de primære sociale relationer i forhold til selvmordsforsøgene. En forklaring herpå kan være, at nogle af selvmordsforsøgene ikke levede i parforhold i deres suicidale periode. Undersøgelser viser, at selvmordsforsøgere modsat personer med alvorlige selvmordstanker oftere lever alene, idet de enten er ugifte, er blevet separeret eller skilt (Fairweather et al. 2006, Negron et al. 1997). Ud af hele studiepopulationen er det især de 30-59-årige, som angiver at have problemer med de primære sociale relationer. Denne gruppe befinder sig i en livsfase, hvor det ikke er ualmindeligt at stifte familie og få børn, dermed kan gruppen opleve, at der opstår problemer med de signifikant nærmeste.

Ensomhed

77,6% af den samlede respondentgruppe angiver, at de havde problemer med ensomhed. Adskillige studier viser, at ensomhed er en risikofaktor for selvmordsadfærd (Stravynski et al. 2001, Beautrais, 2000, Borowsky et al. 2001, Fleming et al. 2007). Et studie af A. Stravynski et al. 2001, som analyserede forskellige former for ensomhed i relation til selvmordstanker og selvmordsforsøg, har fundet at det at bo alene eller være uden venner, samtidig med at man føler sig ensom, er en risikofaktor for selvmordsforsøg. I et tidligere

studie fra Center for Selvmordsforskning har man fundet, efter at der er kontrolleret for psykisk sygdom, misbrug, psykofarmaka og andre sociale faktorer, at det at bo alene er en risikofaktor for selvmordsforsøg (Christiansen, 2004). I den aktuelle undersøgelse er ensomhed imidlertid en signifikant beskyttende faktor mod selvmordsforsøg.

I forhold til hele studiepopulationen viser nærværende undersøgelse en signifikant sammenhæng mellem det at være ung (18-29 år) og ensomhed. I interviewdelen - delstudie III - vil betydningen af ensomhed for især de unge blive uddybet.

Personlige problemer

Der er signifikant flere selvmordsforsøgere ($p < 0,01$) end personer med alvorlige selvmordstanker, der har personlige problemer. At have personlige problemer er en distal risikofaktor og øger således selvmordsforsøgsrisikoen. Personlige problemer dækker over divergerende forhold såsom: seksuel orientering, spiseforstyrrelser, mobning, stress, kriminalitet, dårligt selvværd, osv. 56,7% af hele studiepopulationen og især kvinderne angiver, at de havde personlige problemer i den suicidale periode.

Mentalt helbred

En overvejende del af hele studiepopulationen (67,7%) rapporterer, at mentalt helbred var et problem i deres sidste suicidale periode. Adskillige forskningsstudier har vist, at psykiske lidelser (især depression og personlighedsforstyrrelser) er væsentlige risikofaktorer for selvmordsforsøg (Beautrais 2000, Borowsky et al. 2001, Fairweather et al. 2006, Meeham et al. 1992, Parker, 2002). Et studie fra Center for Selvmordsforskning viser således, at 32% af selvmordsforsøgene havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling i perioden 15 år forud for deres første selvmordsforsøg. At have været indlagt forhøjer ifølge denne undersøgelse selvmordsforsøgsrisikoen med ca. 6½ gang i forhold til ikke indlagte (Christiansen, 2004). En undersøgelse af M. N. Christoffersen et al. 2003 viser, at personer med en psykisk lidelse er i en

4½ gange højere selvmordsforsøgsrisiko end folk uden en psykisk lidelse.

Korrelationsanalyser af oplysninger om problemer

Korrelationsanalyser af datamaterialet viser, at der er positiv korrelation mellem følgende variable:

- Arbejde/uddannelse og økonomi
- Afhængighed af alkohol, narko og spil og økonomi
- Følelse af ensomhed og mentalt helbred

Især studiepopulationens mænd og personer i alderen fra 30-59 år angiver, at de har problemer med alkohol og økonomi. En WHO-undersøgelse viser ligeledes, at mændene modsat kvinderne oftere rapporterede om økonomiske vanskeligheder og alkoholmisbrug (19% versus 5%) forud for den suicidale handling (Mehlum et al. 1999). Netop alkoholmisbrug er en velkendt distal risikofaktor for selvmordsforsøg. Et misbrug påvirker også andre sociale faktorer, som f.eks. arbejde, uddannelse og familieliv, idet alkoholmisbrugere kan have svært ved at gennemføre en uddannelse, varetage et job eller indgå i en familie. Et misbrug kan således starte en social deroute, som i værste fald kan ende med et selvmordsforsøg eller selvmord. Et studie fra Center for Selvmordsforskning viser, at folk, der aktuelt har eller tidligere har haft et misbrug, er i forhøjet selvmordsforsøgsrisiko, selvom der er kontrolleret for andre faktorer. De har en odds ratio på ca. 5½, hvilket angiver, at de har en 5½ gange højere selvmordsforsøgsrisiko end personer uden et misbrug. (Christiansen, 2004). Ydermere viser korrelationsanalysen, at mentalt helbred er positivt associeret med ensomhed. Psykisk syge vil ofte, i forhold til den almene befolkning, leve mere socialt isoleret, idet psykisk syge ofte ikke har de fornødne personlige og sociale ressourcer til at varetage et arbejde eller gennemføre en uddannelse og dermed indgå i sociale fællesskaber. På baggrund deraf kan ensomhed opstå. Endeligt korrelerer variabelen arbejde/uddannelse positivt med økonomi. Dette kan forklares med, at arbejdsløshed kan medføre økonomiske problemer.

Der er ikke fundet markante forskelle mellem selvmordsforsøgere og personer med alvorlige selvmordstanker i forhold til korrelationsanalyserne.

Oplysninger om selvmordsadfærd

Den sociale og genetiske arv

Selvmondsadfærd har en tendens til at ophobe sig i familier og videreføres til næste generation. Det kaldes suicidal transmission. Ved danske adoptionsstudier har man fundet, at der kan være tale om en genetisk betinget ophobning (Schulsinger et al. 1979).

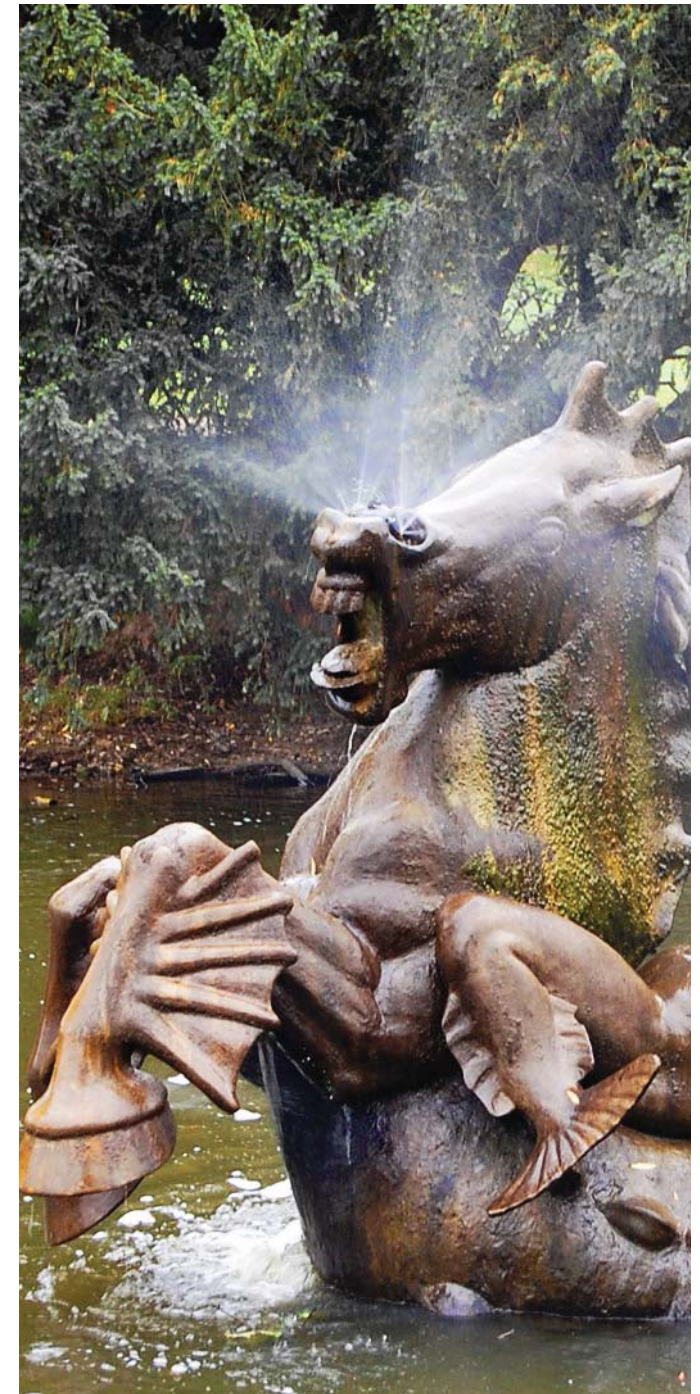
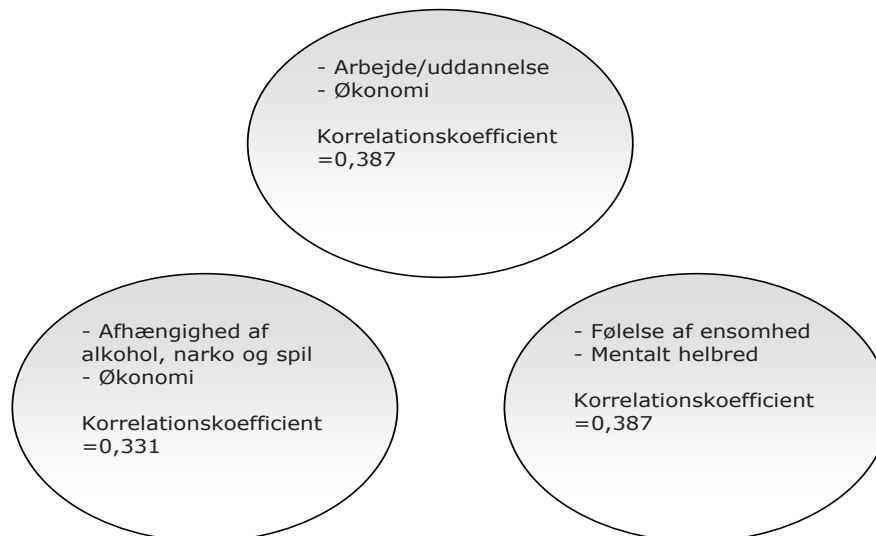
Andre undersøgelser peger på, at selvmordsadfærdshyppigheden også er ophobet blandt ikke beslægtede individer, der er bragt sammen i en familie, og at det derfor også kan dreje sig om social arv (Murphy et al. 1982).

Ophobning af selvmordsadfærd i en familie kan således være udtryk for, at selvmordshandlinger opfattes som en acceptabel måde at løse problemer på (Qin et al. 2003, Roy 2000).

I den aktuelle studiepopulation har 51% oplevet suicidaladfærd i familien og/eller den nærmeste omgangskreds. Der er ingen signifikante forskelle mellem personer med alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøgerne. Især aldersgruppen 60+ har oplevet suicidaladfærd i familien og/eller nærmeste omgangskreds. Forklaringen herpå kan være, at de har levet et længere liv; dermed øges sandsynligheden også for, at de kender flere, der har forsøgt eller begået selvmord.

På trods af diverse psykosociale belastninger har en del af undersøgelsesgruppen (82) ikke handlet på deres selvmordstanker, men har udvist resilient adfærd. Mulige årsager til denne adfærdsform vil blive analyseret i det nedenstående.

Hele studiepopulationen



Identifikation af beskyttende faktorer

Studiepopulationen bliver spurgt om, hvilke overvejelser de gjorde sig, da de havde alvorlige problemer i deres suicidale periode. Tanken er at identificere beskyttende faktorer og få indblik i eventuelle ligheder og forskelle mellem de to grupper.

Tabel 1

Overvejelser i den suicidale periode					
	SF		AST		Odds ratio Signifikans (ensidig)
	N	%	N	%	
Selv mord er moralsk forkert	35	29,4	70	85,4	0,071***
Selv mord er egoistisk	47	39,5	73	89	0,080***
Livet har værdi uanset, hvordan det former sig	24	20,2	29	35,4	0,462*
Der er en højere mening med mit liv	26	21,8	37	45,1	0,340***
Jeg tror mit liv bliver bedre i fremtiden	34	28,6	48	58,5	0,283***
Jeg synes om mig selv, så jeg vil leve videre	18	15,1	33	40,2	0,265***
Jeg vil hellere løse mine problemer på en anden måde	39	32,8	62	75,6	0,141***
Jeg kan få støtte hos familie og venner	35	29,4	56	68,3	0,130***
Min familie eller venner har brug for mig	44	40,7	64	78	0,165***
Min daglige tilværelse giver mig glæde	17	14,3	22	26,8	0,455*
Selv om min situation er vanskelig, ved jeg godt, hvad jeg skal gøre	31	26,1	22	26,8	0,960
Jeg har kontrol over mig selv og mit liv	28	23,5	35	42,7	0,413**
Jeg er bange for at dø	20	16,8	63	76,8	0,041***
Min religion forbyder eller forhindrer mig i det	11	9,2	8	9,8	0,942

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0005

Ethiske overvejelser og holdninger til selvmordsadfærd

Til selvmordsadfærd knytter sig ofte nogle etiske overvejelser og holdninger. Nogle vil mene, at mennesket har ret til at bestemme over egen død. Det er en del af menneskets autonomi, mens andre vil mene, at livet er ukrænkeligt. Andre ser selvmordshandlinger som moralsk forkastelige og egoistiske. I den aktuelle undersøgelse bliver der spurgt til såvel etiske overvejelser som holdninger.

Moralens handlingsforskrifter

Valg af vores handlinger er påvirket af den kultur, vi lever i. Spørgsmål om selvmord er afhængig af såvel kultur, religion, uskrevne normer og læresætninger. I det daglige sprog taler vi om, at vor adfærd bør være moralsk rigtig. Moral anvendes ofte om påbud eller forbud vedrørende vore normer og handlinger, dvs. hvad man bør gøre i en given situation. Man kan tale om at handle umoralsk, hvilket betyder, at vi handler på tværs af de (u) skrevne regler, der er for god adfærd (Zöllner, 2006).

I nærværende studie er der signifikant flere ($p < 0,0005$) blandt personer uden selvmordsforsøg, der mener, at selvmord er moralsk forkert i forhold til personer med selvmordsforsøg. Holdningsspørgsmål relateret til selvmordsadfærd er således en signifikant beskyttende faktor mod selvmordsforsøg. Der er ikke fundet signifikante forskelle vedrørende køn og alder i studiepopulationens to grupper. I alt 52,2% af hele populationen angiver, at selvmord er moralsk forkert. Adskillige udenlandske studier har som nærværende undersøgelse fundet, at moralsk modstand over for selvmordshandlinger kan have en beskyttende effekt og mindske selvmordsforsøgsrisikoen (Lizardi et al. 2007, Dervic et al. 2006, Malone et al. 2000).

Selvmod er en egoistisk handling

Det samme billede tegner sig i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt selvmord er en egoistisk handling eller ej. Der er signifikant flere ($p < 0,0005$) personer uden selvmordsforsøg, der angiver, at selvmord er en egoi-

stisk handling. En overvejende del af respondenterne (59,7%) havde overvejelser om, at selvmord er egoistisk, da de havde problemer.

Livet har værdi uanset, hvordan det former sig – livets ukrænkelighed

I forhold til selvmordsproblematikken kan man bringe forskellige etiske overvejelser i spil. Vi kan eksempelvis tale om livets autonomi og livets ukrænkelighed. Princippet om autonomi er det ældste princip, som vi kender til, og som gennem hele vores del af historien har understreget menneskets evne og frihed til at bestemme over sit eget liv. Fortalere for den enkeltes ret til at bestemme, hvornår livet skal afsluttes og på hvilken måde, hævder, at princippet om autonomi må veje tungere end andre principper. I princippet om autonomi ligger også princippet om at vælge at føre sit liv, som man selv finder det rigtigt. I interviewdelen vil princippet om livets autonomi blive berørt.

Princippet om livets ukrænkelighed handler om ikke at tilintetgøre det værd, som ethvert menneske har i kraft af selve det at være menneske. Dette princip er tvunget til at indgå, når temaet er selvmord. At man ikke ødelægger det værd, livet har. Princippet om livets ukrænkelighed vejer tungt, uanset om vi er raske, syge eller har et handicap. Princippet vægter også, uanset hvordan vi lever vort liv. I spørgeskemaundersøgelsen bliver princippet om livets ukrænkelighed bragt i spil. Flere personer med alvorlige selvmordstanker end selvmordsforsøgere (35,4% versus 20,2%) mener, at livet har værdi uanset, hvordan det former sig.

Spirituelle og religiøse overvejelser

- En højere mening med mit liv

Etik og moral er også knyttet sammen med spirituelle og religiøse overvejelser. Flere personer med alvorlige selvmordstanker end personer med selvmordsforsøg (45,1% versus 21,8%) mener, at der er en højere mening med deres liv. En højere mening med livet kan tolkes som om, at mennesket ikke er herre over eget liv, men at livet har et bestemt formål og er forudbestemt. Det er således ikke op til den enkelte, hvornår livet skal

slutte, men det er bestemt af højere magter. At have denne anskuelse er således en beskyttende faktor i forhold til selvmordsforsøg. En overvejende del af selvmordsforsøgerne mener ikke, at deres liv har en højere mening. Det kan forklares med, at denne gruppe selv vil bestemme, hvornår og hvordan livet skal slutte.

Religion som beskyttende faktor

De især internationale studier, der har undersøgt sammenhængen mellem religion og selvmordsadfærd, viser, at tro på Gud og deltagelse i kirkelige fællesskaber mindsker risikoen for selvmord (Dervic et al. 2004, Vijayakumar, 2002, Vijayakumar, R., Rajkumar, S. 1999, Mueller, 2001). Religion og religiøsitet er dog ikke nødvendigvis en beskyttende faktor for selvmordsadfærd, men kan være en risikofaktor for den enkelte. Religiøsitet og spiritualitet kan både forføre og frigøre, undertrykke og destruere, skabe visioner, håb, fremme og hæmme sundhed og psykisk helbred. Religion og spiritualitet kan føre til misbrug og selvudslettelse (Zöllner, 2006).

I nærværende studie bliver respondenterne spurgt, om deres tro har forbudt eller forhindret dem i at handle på deres selvmordstanker. Et fåtal af hele respondentgruppen (9,5%) har haft disse overvejelser i deres suicidale periode. Tro er dog en beskyttende faktor for personer i aldersgruppen 60+. Dette resultat vil blive uddybet i interviewundersøgelsen, hvor betydningen af religion i relation til selvmordsadfærd vil blive beskrevet.

Et positivt livssyn

- Jeg tror, mit liv bliver bedre i fremtiden

Det er en signifikant beskyttende faktor at have et positivt syn på fremtiden i forhold til selvmordsforsøg. En signifikant overvægt ($p < 0,0005$) af personer med selvmordstanker tror således, at deres liv bliver bedre i fremtiden modsat selvmordsforsøgerne. Andre undersøgelser har ligeledes fundet, at et positivt livssyn og tro på fremtiden er en præventiv faktor i forhold til selvmordsadfærd (Parker et al. 2002, Heisel et al. 2003). Modsat har mange studier fundet, at håbløshedsfølelser og pessimisme er væsentlige prædiktorer

for selvmordsadfærd. Håbløshedsfølelse kan være til stede i let grad som en modløshed over for fremtiden eller i en svær grad, hvor den enkelte er totalt opgivende og ikke mener, at forholdene kan ændres til det bedre. Selvmordsforsøgere kan tænke meget negativt om fremtiden, fordi de ofte er underlagt dikotomisk tænkning, det vil sige tænker i modsætninger og ofte i ekstreme modsætninger. Deres erkendelse af en belastende situation bliver præget af en enten-eller oplevelse, hvor alt er sort og hvidt (Benjaminsen, 1998, Heisel, et al. 2003).

Selvværdsfølelse

- Jeg synes om mig selv, så jeg vil leve videre

Tanker om selvmord er næsten altid ledsaget af følelse af håbløshed, usikkerhedsfølelse, ængstelighed, tristhed og lav selvværdsfølelse. Selvmordstruede mennesker ser ofte sig selv som totalt værdiløse, og de klager ofte over manglende selvtillid, selvsikkerhed og negativ selvopfattelse. Den lave selvværdsfølelse kan bero på dikotomisk tænkning, arbitrær logisk slutning, overgeneralisering, selektiv abstraktion m.v. (Benjaminsen, 1998, Madsen et al. 2003). Lav selvværdsfølelse kan være medvirkende til psykiske problemer, som depression, udbændthed, spiseforstyrrelser eller problemer i parforholdet eller på jobbet, selvmordstanker og selvmordsadfærd - i det hele taget kan selvværdsproblemer være invaliderende og forhindre god og sund livsudfoldelse. I den aktuelle undersøgelse mener en signifikant overvægt af personer med selvmordstanker ($p < 0,0005$) i forhold til selvmordsforsøgerne (40,2% versus 15,1%), at de synes om dem selv, og at de derfor vil leve videre.

Suicidal adfærd som problemløsning

- Jeg vil hellere løse mine problemer på en anden måde

Oplevelsen af, at problemerne har hobet sig op, og at der ikke findes nogen løsning, kan danne baggrund for et selvmordsforsøg. En manglende evne til at forestille sig positive hændelser i fremtiden kan således være en afgørende faktor, der udgør forskellen mellem ikke-selvmordsforsøgere og personer, der rammes af dyb

håbløshedsfølelse. En overvejende del af personer med alvorlige selvmordstanker (75,6% versus 32,8%) mener i forhold til selvmordsforsøgerne således ikke, at selvmordet var løsningen på deres problemer, men ønskede i stedet at tackle deres problemer på en anden måde. I alt 50% af hele studiepopulationen angiver, at de hellere vil løse problemerne på en anden måde.

De sociale relationer og social støtte

- Jeg kan få støtte hos familie og venner/ Min familie og venner har brug for mig

At kunne få støtte hos familie og venner, samt følelsen af at ens familie og venner har brug for én, mindsker selvmordsforsøgsrisikoen i den aktuelle undersøgelse. En signifikant overvægt af personer med alvorlige selvmordstanker angiver således i forhold til selvmordsforsøgerne, at familien og vennerne har brug for dem, og at de primære sociale relationer er i stand til at give social støtte. Social støtte er betegnelsen for det forhold, at man har nogle at rådføre sig med, få trøst fra og dele sine problemer med. Forudsætninger for social støtte er bl.a., at det enkelte individ har adgang til og mulighed for støtte. Grundet forskellige psykosociale faktorer - eksempelvis alkoholmisbrug eller andre forhold i familien - er det ikke givet, at de signifikant nærmeste er i stand til eller har overskud til at give den fornødne støtte. Vedkommende, der har brug for social støtte, ønsker måske heller ikke at modtage hjælp eller lever socialt isoleret uden kontakt til familie eller venner. Adskillige studier har vist, at individer med positive interpersonelle relationer til forældre, venner eller andre nærtstående er mindre sårbare; de overvinder lettere sygdom, og de har lavere dødelighed (Turner, 1999, Hendy & Reid, 2000).

Ifølge flere studier kan social støtte direkte resultere i nedsat sårbarhed eksempelvis ved at øge selvværdet hos den enkelte. Unge, midaldrende og ældre kan ligeledes udvikle et øget selvværd gennem netværk af venner og fritidsaktiviteter. Og endelig kan netværket stimulere og opfordre personen til at leve et sundere liv med god kost og motion. Disse tre forhold kan i samspil med hinanden eller uafhængig af hinanden føre

til bedre helbred og øget trivsel. En høj social støtte kan ligeledes have en gavnlig virkning i forhold til at reducere de belastninger eller stresstilstande, som kan resultere i sygdom. Gode sociale og stabile relationer er således i stand til at forhindre, at en belastning udvikler sig til en permanent stresstilstand hos det enkelte individ med medfølgende sygdom og mistrivsel. I forlængelse heraf fandt et norsk studie sammenhænge mellem social støtte og psykiske problemer. Unge med et dårligt socialt netværk var i langt højere grad plaget af psykiske problemer end unge, der havde et velfungerende socialt netværk (Ystgaard, 1993).

I henhold til selvmordsadfærd og selvskade kan det sociale netværk virke som en beskyttende faktor. Et studie af 400 amerikanske unge fandt, at unge med selvmordstanker sammenlignet med unge uden selvmordstanker var karakteriseret af bl.a. at have et dårligere socialt netværk herunder især manglende venskab til jævnaldrende og en lav selvværdsfølelse (Debra et al. 1992).

At venskab kan virke som en beskyttende faktor i forhold til selvmordsadfærd blandt unge er ligeledes fundet i andre studier (Joffe & Offord, 1983). Resultaterne fra et andet studie af amerikanske studerende viser, at de unge, der har tætte bånd til forældrene, og som føler, at forældrene altid er parate til at hjælpe dem, i langt mindre grad er plaget af selvmordstanker i forhold til elever, der ikke oplever den samme grad af tilknytningsforhold og støtte fra forældrene (Buelow et al. 2000).

Min daglige tilværelse giver mig glæde

Der er signifikant flere personer med alvorlige selvmordstanker ($P < 0,05$), der mener, at deres daglige tilværelse giver dem glæde. At kunne se en mening og sammenhæng i ens hverdag kan give det enkelte individ en personlig glæde, en tilfredsstillelse og en lyst til livet. Der skal dog ikke herske tvivl om, at en overvejende del af hele respondentgruppen ikke var tilfredse med deres tilværelse i den suicidale periode, da alle på det tidspunkt var udsat for psykosociale belastninger.

Men der kan være forskel på, hvor tilfreds det enkelte individ er med tilværelsen. Et amerikansk studie fandt således, at personer med alvorlige selvmordstanker generelt var mere tilfredse med deres tilværelse end selvmordsforsøgere. De havde et mere positivt livssyn og kunne glæde sig over små ting i hverdagen og finde mening i selv dystre situationer (Heisel, 2003).

Jeg har kontrol over mig selv og mit eget liv

En signifikant overvægt af personer med selvmordstanker ($p < 0,01$) mener, at de har kontrol over sig selv og deres liv i forhold til selvmordsforsøgerne. Som vist tidligere i undersøgelsen rapporterede personer med alvorlige selvmordstanker, at de - i forhold til selvmordsforsøgerne - tænker sig om, inden de handler. Nogle udenlandske undersøgelser har således vist, at personer med selvmordstanker i forhold til selvmordsforsøgere har en større grad af selvkontrol og reagerer mindre impulsivt over for diverse problemstillinger i hverdagen (Zlotnick, 1997, Fairwater et al. 2006).

Dødsangst

En signifikant overvægt af personer med selvmordstanker ($P < 0,0005$) angiver i forhold til personer med selvmordsforsøg, at de er bange for døden. Angsten for døden og det ukendte er således en signifikant beskyttende faktor mod selvmordsforsøg. Betydningen af dødsangst som en beskyttende faktor vil blive uddybet i interviewdelen.

Den suikidale kommunikation

En beskyttende faktor mod selvmordsadfærd er netop samtalen. De, der kan åbne sig og snakke om deres problemer, har ofte lettere ved at finde en vej ud af vanskelighederne (Wallerstein, 2003).

En samtale kan være mellem den selvmordstruede og eksempelvis behandlere, forældre, venner, ægtefæller, naboer, pædagoger, lærere osv. Den aktuelle undersøgelse viser, at en overvejende del af studiepopulationens deltagere (91%) havde brug for at tale med nogen i deres suikidale periode (se tabel 2). En signifikant overvægt af personer med alvorlige selvmordstanker fik

modsat selvmordsforsøgerne talt med nogen om deres problemer, og personerne med alvorlige selvmordstanker oplevede i højere grad end selvmordsforsøgerne, at nogen (de primære og/eller de sekundære relationer) forsøgte at tale med dem. En signifikant overvægt af personer med alvorlige selvmordstanker ($p < 0,0005$) fik modsat selvmordsforsøgerne talt om deres problemer, hvilket fik dem til at overveje ikke at begå selvmord. Processen, hvorved samtalen kan virke som en beskyttende faktor, må ses som en interaktion mellem det pågældende individ og det omkringliggende sociale miljø. Forudsætningen for at samtalen kan have en beskyttende funktion afhænger af flere ting. For det første at vedkommende har et netværk, som han kan betroe sig til. Derudover kan der være forskellige forhold, der bevirker, at den enkelte vælger ikke at kommunikere sine tanker ud. Mennesker kan have meget forskellige

måder at mestre vanskeligheder i livet på. Nogle synes, at de bedst kan klare det selv, mens andre i højere grad har brug for hjælp og støtte fra det sociale netværk. At selvmordsforsøgerne modsat personerne med alvorlige selvmordstanker ikke har fået talt om deres problemer kan måske skyldes de nævnte forhold. I alle livsaldre gælder dog ofte, at det at dele en bekymring med et andet menneske kan bidrage til at klare psykosociale belastninger. Denne effekt kan skyldes flere forhold. Det at snakke med en anden person er med til at lindre og trøste, og den anden kan bidrage til en forståelse af – og et eventuel nyt syn på – en situation, samt give nye handlemuligheder.

De beskyttende faktorer

Af individuelle samt miljø- og samfundsmæssige beskyttende faktorer, der er dominerende i datamateria-

Tabel 2

Samtalen							
	SF		AST		Total		Odds ratio Signifikans (ensidig)
	N	%	N	%	N	%	
Havde du brug for at tale med nogen?	104	87,4	79	96,3	183	91	0,263*
Forsøgte du at tale med nogen?	64	53,8	62	75,6	126	62,7	0,375**
Var der nogen, der forsøgte at tale med dig?	39	32,8	57	69,5	96	7,8	0,214***
Fik du talt med nogen om dine problemer eller selvmordstanker?	54	45,4	67	81,7	121	60,2	0,186***
Fik det dig til at overveje ikke at forsøge selvmord?	18	25,7	61	91	79	57,7	0,034***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0005$

let kan nævnes:

- Holdningsspørgsmål vedrørende selvmord
- Samtalen
- Dødsangst
- Den sociale støtte og sociale relationer
- Problemløsningsevner
- Et positivt livssyn
- En højere mening med livet
- Selvværdsfølelse

Personer med alvorlige selvmordstanker har modsat selvmordsforsøgerne ofte angivet flere beskyttende faktorer i den akutte suicidale periode.

Tilstedeværelsen af de beskyttende faktorer formodes således at have haft en modificerende effekt på risikofaktorerne, og personerne med alvorlige selvmordstanker har således ageret med resilient adfærd overfor selvmordsimpulser modsat selvmordsforsøgerne.

I den sammenhæng er det vigtigt at fremhæve, at resilient adfærd ikke er statisk, men processuel. Det er derfor ikke sikkert, at personerne med alvorlige selvmordstanker vil agere med resilient adfærd, hvis de i fremtidige livsfaser bliver udsat for diverse livsstressorer.

At være resilient i en given livsfase er derfor ikke ensbetydende med, at vedkommende er det resten af livet. Modsat selvmordsforsøgerne gælder, at de i andre livsfaser, kan udvikle – pga. tilstedeværelsen af beskyttende faktorer – en modstandsdygtighed over for selvmordsimpulser.

Korrelationsanalyse af de beskyttende faktorer

Nedenfor følger en tabel over de stærkeste korrelationer i materialet vedrørende beskyttende faktorer. Der er angivet korrelationskoefficienter samt p-værdier. Korrelationsanalysen gælder for hele studiepopulationen. Som det fremgår af tabel 3, findes de stærkeste sammenhænge mellem variablerne "Selvmord er moralsk forkert" og "Selvmord er egoistisk" samt udsagn-

Tabel 3

Korrelationsanalyser af hele studiepopulationen	
Selvmod er moralsk forkert Selvmod er egoistisk	(0,656) ***
Jeg kan få støtte hos familie eller venner Min familie eller venner har brug for mig	(0,624) ***
Livet har værdi, uanset hvordan det former sig Der er en højere mening med mit liv	(0,569) ***
Min daglige tilværelse giver mig glæde Selv om min situation er vanskelig, så ved jeg godt, hvad jeg skal gøre	(0,563) ***
Jeg tror mit liv bliver bedre i fremtiden Jeg vil hellere løse mine problemer på en anden måde	(0,543) ***
Jeg synes om mig selv, så jeg vil leve videre Min daglige tilværelse giver mig glæde	(0,523) ***
Selvmod er moralsk forkert Min familie har brug for mig	(0,511) ***
Der er en højere mening med mit liv Jeg tror at mit liv bliver bedre i fremtiden	(0,508) ***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0005$

nene "Jeg kan få støtte hos familie eller venner" og "Min familie eller venner har brug for mig" (se APPENDIX). Der er ikke fundet markante forskelle mellem selvmordsforsøgerne og personer med alvorlige selvmordstanker i korrelationsanalysen vedrørende de beskyttende faktorer.

APPENDIX

Frekvenstabeller med odds ratioer tabel 2 i afsnittet "Impulsivitet og reaktioner" p 26 skal læses og forstås på følgende måde:

199 respondenter har besvaret spørgsmålet om, hvordan de reagerer, hvis noget går dem på. Blandt de 118 personer, der har mindst et tidligere selvmordsforsøg, tænker 60 personer sig godt om, inden de reagerer - svarende til 50,8% (58 personer tænker sig ikke godt om).

Blandt de 81 personer der kun har haft alvorlige selvmordstanker, tænker 54 personer sig godt om - svarende til 66,7% (27 personer tænker sig ikke godt om). Det betyder, at omtanke er en beskyttende faktor mod

selvmordsforsøg. Størrelsen af en beskyttende faktor (eller risikofaktor) angives ved hjælp af odds ratio. Odds ratio beregnes i dette eksempel som:

$$\frac{60}{58} : \frac{54}{27} = 0,517$$

I dette tilfælde er odds ratioen mindre end 1, og omtanke er derfor en beskyttende faktor. En risikofaktor vil have en odds ratio, der er større end 1, mens faktorer der ingen indflydelse har på, om personer har selvmordsforsøg eller kun alvorlige selvmordstanker, har en odds ratio omkring 1.

For at teste om odds ratio er signifikant forskellig fra 1, anvendes Fisher's Exact Test (ensidig). Signifikansværdien (p-værdien) udtrykker sandsynligheden for, at den måde, som resultatet fordeler sig på, er et resultat af tilfældigheder. P-værdien er et tal mellem 0 og 1 (eller mellem 0% og 100%). Jo mindre p-værdien er, desto mere usandsynligt er det, at en skæv fordeling af resultatet er tilfældig. Signifikanstestet er ensidigt, og p-værdien angiver, om resultatet er skævt til en af siderne. Det kan dog ikke ses ud af p-værdien alene, om der er tale om en risikofaktor eller en beskyttende faktor, men dette kan bestemmes ud fra størrelsen af odds ratioen, som beskrevet ovenfor. P-værdien angives i tabellen ved hjælp af *, således at jo flere *, desto mindre er p-værdien.

Jo mindre p-værdien er, desto mere usandsynligt er det, at en skæv fordeling af resultatet er tilfældig. Signifikanstestet er ensidigt, og p-værdien angiver, om resultatet er skævt til en af siderne. Det kan dog ikke ses ud af p-værdien alene, om der er tale om en risikofaktor eller en beskyttende faktor, men dette kan bestemmes ud fra størrelsen af odds ratioen, som beskrevet ovenfor. P-værdien angives i tabellen ved hjælp af *, således at jo flere *, desto mindre er p-værdien.

Som tommelfingerregel gælder, at hvis p-værdien er under 0,05 (5%), er resultatet statistisk signifikant. I dette tilfælde er p-værdien < 0,05 (men større end 0,01). Konklusionen er derfor, at det at tænke sig om er en signifikant beskyttende faktor mod selvmordsforsøg (blandt personer med alvorlige selvmordstanker).

Tabeller med korrelationsanalyse

Tabel 3 i afsnittet "Korrelationsanalyser af de beskyttende faktorer" skal forstås og læses på følgende måde: Respondenterne blev spurgt om, hvilke overvejelser de gjorde sig i forbindelse med alvorlige selvmordstanker eller selvmordsforsøg. F.eks. har spørgsmålene "Selvmord er moralsk forkert" og "Selvmord er egoistisk" begge svarmulighederne "ja" eller "nej". Korrelationskoefficienten udtrykker i hvilket omfang, respondenterne svarer ens på de to spørgsmål.

Hvis svarene er uafhængige af hinanden, er korrelationskoefficienten omkring 0. Hvis svarene er de samme i begge spørgsmål, er korrelationskoefficienten positiv (Fuld overensstemmelse svarer til en korrelationskoefficient på 1). Hvis svarene er modsatte, er korrelationskoefficienten negativ (Fuld uoverensstemmelse svarer til korrelationskoefficient på -1).

For at teste om to faktorer er korrelerede, anvendes et χ^2 -test, som er dobbeltsidig. Signifikansværdien (p-værdien) udtrykker sandsynligheden for at den måde, som resultatet fordeler sig på, er et resultat af tilfældigheder. P-værdien er et tal mellem 0 og 1 (eller mellem 0% og 100%). Jo mindre p-værdien er, desto mere usandsynligt er det, at en skæv fordeling af resultatet er tilfældig. Signifikanstestet er dobbeltsidigt, og p-værdien angiver, om resultatet er skævt til begge sider.

Det kan dog ikke ses ud af p-værdien alene, om der er tale om en positiv eller negativ korrelation mellem de to faktorer, men dette kan bestemmes ud fra fortegnet på korrelationsfaktoren, som beskrevet ovenfor. P-værdien angives i tabellen ved hjælp af * således, at jo flere * desto mindre er p-værdien. Som tommelfingerregel gælder, at hvis p-værdien er under 0,05 (5%), er resultatet statistisk signifikant. I dette tilfælde er p-værdien < 0,0005 (statistisk meget signifikant). Konklusionen er derfor, at personer med alvorlige selvmordstanker (og som evt. har haft selvmordsforsøg) i meget høj grad har samme holdning til, om selvmord er moralsk forkert, og selvmord er egoistisk.







C. Interviewdelen – Delstudie III

Indgangsvinkel til de kvalitative interviews

Forskningen har hidtil primært peget på hvilke faktorer, der udgør en risiko for udvikling af selvmordstanker og selvmordsadfærd blandt danskere. Anvendelse af resiliensperspektivet samt selvmordsprocessen åbner mulighed for at se på forhold, der kan bidrage til at hæmme eller hindre selvmordsadfærd. Formålet med de kvalitative interviews er således at identificere centrale individuelle, miljø- og samfundsmæssige faktorer, der ifølge den enkelte interviewpersons egen selvopfattelse belaster og beskytter mod selvmordsimpulser.

Metode

Det kvalitative interview er valgt som metode, eftersom denne indgangsvinkel er en velkendt og hensigtsmæssig måde at bevæge sig ind på et nyt område og skaffe sig oplysninger, der efterfølgende kan bidrage med nuancer til de foreliggende kvantitative data, herunder især undersøgelsens spørgeskemadel. Gennem det kvalitative interview er der mulighed for at komme tæt på de undersøgte personers selvforståelse og deres egen oplevelse af de faktorer, de finder betydningsfulde i forhold til selvmordsprocessens forløb. Der er valgt en semistruktureret interviewguide, dvs. at der foreligger en veldefineret og forholdsvis detaljeret interviewguide, der indeholder de temaer, der skal belyses.

Det er respondenternes retrospektive selvoplevelse af selvmordstanker/selvmodsforsøget, der fremlægges.

Analysetilgang

Til analysen af de kvalitative interviews er valgt en meningskondenserende analyse. Det betyder, at de interviewedes udtrykte meninger trækkes sammen til kortere formuleringer. Lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen af det, der er sagt, omformuleres i færre ord. En meningskondensering medfører således, at lange interviewtekster reduceres til korte, mere præcise formuleringer. Der skabes således overblik over datamaterialet ved at fremhæve og organisere data efter temaer. Disse temaer er indskrevet i et interviewskema i takt med, at båndet blev aflyttet. Derefter blev alle interviewskemaerne analyseret med det sigte at identificere distale risikofaktorer og beskyttende faktorer. Sigtet er at fremvise nogle tendenser i interviewgruppens svar. Ydermere er det primære formål ikke at beskrive enkeltpersoner, men at anvende eksempler og citater til at illustrere og dokumentere belastende og beskyttende faktorer i relation til selvmordstanker og selvmordsadfærd. Der følger to displays over interviewpersonernes angivelser af de væsentligste beskyttende samt distale og proksimale faktorer. Et display er en grafisk eller tabelmæssig fremstilling af kvalitative data i koncentreret form og

Hovedtemaerne er:

- Sociodemografiske faktorer
- Opvækstvilkår i oprindelsesfamilien
- Suicidaladfærd i familien og/eller nærmeste omgangskreds
- Skolegang
- Identifikation af belastende og beskyttende faktorer i interviewpersonens *sidste* suicidale periode
- Selvmordstanker/selvordsforsøg

må ikke forveksles med en kvantitativ præsentation af data. Displayet udgør en liste over temaer eller fænomener, der falder inden for en bestemt kategori. Displayet er opstillet således, at man kan se et helt kvalitativt datasæt på et sted og dermed danne sig et overblik (Larsen, 2002).

Rekruttering af respondenter samt udvalgs-kriterier

Respondenterne blev rekrutteret efter samme koncept som spørgeskemaet, dvs. gennem de landsdækkende medier, herunder tv, radio og aviser samt Klinik for Selvmordstruede i Odense. I spørgeskemaet blev respondenterne spurgt, om de ville deltage i et forskningsinterview ved Center for Selvmordsforskning eller i eget hjem. Respondenterne havde mulighed for at ringe, skrive eller maile til centret vedrørende deltagelse. Inklusionskriterierne var identiske med spørgeskemaets.

I begyndelsen blev alle, der henvendte sig, interviewet. Efterhånden skete der en selektion. Tanken var, at

interviewpersonerne skulle matche spørgeskemaets respondenter i forhold til variablene: køn, alder, personer med selvmordstanker og personer med selvmordsforsøg. Der var stor interesse for deltagelse i projektet.

Etiske betragtninger

Interviewene blev udført ved Center for Selvmordsforskning eller i respondentens eget hjem. Interviewene varede typisk mellem 1½ til 2 timer. Respondenten blev i begyndelsen af interviewet gjort opmærksom på:

- Projektets formål og indhold
- At vedkommende er garanteret anonymitet
- At interviewet har et forsknings- og ikke behandlingsmæssigt sigte

Interviewene blev optaget på en diktafon og blev efterfølgende lagt ind i programmet Digital Voice Editor 2. Alle medvirkende er garanteret fuld anonymitet, og derfor vil der ved de anvendte citater udelukkende blive skelnet mellem køn og alder.

Kort om interviewpopulationen

Der er gennemført 33 forskningsinterviews. Aldersmæssigt er respondentgruppen fra 19 til 78 år. Der deltog 21 kvinder og 12 mænd. 20 har forsøgt selvmord én eller flere gange, og 13 har haft alvorlige selvmordstanker. 4 mænd og 16 kvinder har forsøgt selvmord, og 8 mænd og 5 kvinder har haft alvorlige selvmordstanker. Aldersmæssigt er fordelingen som følgende: 18-29 år (10), 30-59 år (17), 60+ (6). Respondentgruppen repræsenterer således forskellige livsfaser.

Resultater:

Selvordsprocessens begyndelse og varighed

En overvejende del af interviewgruppen har forsøgt selvmord eller haft perioder med selvmordstanker flere gange i livet, og ofte er selvmordsadfærden begyndt i puberteten.

Interviewgruppen er blevet bedt om at tænke på sidste gang, de havde et selvmordsforsøg eller alvorlige selvmordstanker. Den sidste suicidale periode ligger typisk 1 til 2 år tilbage i tiden. Nogle har været suicidale i få dage, andre i uger, måneder eller år. Udover analysen af interviewpersonernes sidste suicidale periode, bliver baggrundsfaktorer såsom opvækstmiljøet, skolelivet (især folkeskolen) samt selvmordsadfærd i familien og/eller nærmeste omgangskreds beskrevet. Temaerne "Opvækstmiljøet" samt skolelivet er for især de unge en del af den suicidale periode, for de øvrige interviewpersoner er de nævnte temaer baggrundsfaktorer.

Display over interviewpersonerne i den sidste suicidale periode

Nedenstående display giver et overblik over interviewpopulationen i forhold til køn, alder, selvmordsforsøg, selvmordstanker, de distale samt de proksimale faktorer.

Ofte har interviewpersonerne angivet 3-5 faktorer, som har haft afgørende betydning for selvmordsprocessens igangsættelse og vedligeholdelse.

Tabel 1 Display over interviewpersonerne					
	KØN/ALDER *	SELMORDSFORSØG	ALVORLIGE SELVMORDSTANKER	DISTALE FAKTORER (Subjektiv selvopfattelse / vurdering)	PROKSIMALE FAKTORER (Subjektiv selvopfattelse / vurdering)
De unge (18-29-årige)	Mand, 21		X	<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Mobning - Dårlige problemløsningsevner 	Alkoholberuselse
	Mand, 19	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Ensomhed - Mobning - Alkoholmisbrug - Håbløshedsfølelser 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Mand, 24		X	<ul style="list-style-type: none"> - Manglende sociale relationer og social støtte - Dårlige opvækstvilkår - Psykiske lidelser - Håbløshedsfølelser 	Familieproblemer
	Kvinde, 20		X	<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Dårlige opvækstvilkår - Mobning - Ensomhed 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Kvinde, 19	X		<ul style="list-style-type: none"> - Mobning - Ensomhed - Lav selvværdsfølelse - Spiseforstyrrelse - Dårlige opvækstvilkår 	Familieproblemer
	Kvinde, 29	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Dårlige problemløsningsevner - Arbejdsløshed - Ensomhed - Manglende sociale relationer og social støtte 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Kvinde, 21	X		<ul style="list-style-type: none"> - Interpersonelle problemer - Lav selvværdsfølelse - Psykiske lidelser - Mobning - Manglende sociale relationer og social støtte 	Psykisk smerte / Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person

	Kvinde, 27	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Dårlige problemløsningsevner - Arbejdsløshed - Ensomhed - Håbløshedsfølelser 	Udskrivning fra psykiatrisk hospital
	Kvinde, 28	X		<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Spiseforstyrrelse - Psykiske lidelser - Somatiske lidelser 	Alkoholberuselse
	Kvinde, 26	X		<ul style="list-style-type: none"> - Dårlige problemløsningsevner - Arbejdsløshed - Interpersonelle problemer - Håbløshedsfølelser 	Alkoholberuselse
De midaldrende (30-59)	Mand, 41		X	<ul style="list-style-type: none"> - Lav selvværdsfølelse - Dårlige opvækstbetingelser - Psykiske lidelser - Ensomhed - Håbløshedsfølelser 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Mand, 51		X	<ul style="list-style-type: none"> - Alkoholmisbrug - Psykiske lidelser - Dårlige problemløsningsevner - Arbejdsløshed 	Afskedigelse fra arbejde/ Alkoholberuselse
	Mand, 42		X	<ul style="list-style-type: none"> - Dårlig økonomi - Arbejdsløshed - Interpersonelle problemer - Lav selvværdsfølelse - Håbløshedsfølelser - Alkoholmisbrug 	Økonomiske problemer / familieproblemer
	Mand, 51		X	<ul style="list-style-type: none"> - Lav selvværdsfølelse - Dårlig økonomi - Alkoholmisbrug - Psykiske lidelser - Håbløshedsfølelser - Arbejdsløshed 	Økonomiske problemer
	Mand, 52	X		<ul style="list-style-type: none"> - Interpersonelle problemer - Dårlig økonomi - Alkoholmisbrug - Lav selvværdsfølelse - Dårlige sociale relationer og social støtte 	Ensomhed

	Mand, 44	X		<ul style="list-style-type: none"> - Dårlig økonomi - Psykiske lidelser - Dårlige problemløsningssevner - Ensomhed - Håbløshedsfølelser 	Ensomhed
	Mand, 46		X	<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Dårlig økonomi - Dårlige problemløsningssevner - Lav selvværdsfølelse - Arbejdsløshed 	Økonomiske problemer/ Alkohol
	Kvinde, 37		X	<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Interpersonelle problemer - Dårlige opvækstbetingelser - Alkoholmisbrug 	Psykiske smerter
	Kvinde, 42		X	<ul style="list-style-type: none"> - Dårlige opvækstbetingelser - Lav selvværdsfølelse - Somatiske lidelser - Håbløshedsfølelser 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Kvinde, 33	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Lav selvværdsfølelse - Økonomiske problemer - Interpersonelle problemstillinger - Håbløshedsfølelser 	Psykiske smerter
	Kvinde, 48	X		<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Interpersonelle problemstillinger 	Tab eller trussel om tab fra en betydningsfuld person
	Kvinde, 52	X		<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Dårlige opvækstvilkår - Interpersonelle problemstillinger 	Alkoholberuselse
	Kvinde, 54		X	<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Manglende social støtte og sociale relationer - Ensomhed - Arbejdsløshed 	Psykiske smerter
	Kvinde, 31	X		<ul style="list-style-type: none"> - Manglende social støtte og sociale relationer - Arbejdsløshed - Interpersonelle problemstillinger - Håbløshedsfølelser 	Familieproblemer
	Kvinde, 40	X		<ul style="list-style-type: none"> - Interpersonelle problemstillinger - Manglende social støtte og sociale relationer - Dårlige problemløsningssevner - Lav selvværdsfølelse 	Familieproblemer

	Kvinde, 50	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Misbrug - Lav selvværdsfølelse - Manglende social støtte og sociale relationer - Somatiske lidelser 	Psykiske smerter
	Kvinde, 33	X		<ul style="list-style-type: none"> - Ensomhed - Interpersonelle problemstillinger - Psykiske lidelser - Håbløshedsfølelser 	Familieproblemer
De ældre (60+)	Mand, 67	X		<ul style="list-style-type: none"> - Somatiske lidelser - Psykiske lidelser - Interpersonelle problemstillinger 	Stærke fysiske smerter
	Mand, 65		X	<ul style="list-style-type: none"> - Lav selvværdsfølelse - Arbejdsløshed - Dårlige problemløsningsevner - Manglende social støtte og sociale relationer 	Alkoholberuselse
	Kvinde, 60	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Somatiske lidelser - Håbløshedsfølelser 	Familieproblemer
	Kvinde, 78	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Ensomhed - Interpersonelle problemstillinger - Lav selvværdsfølelse 	Ensomhed
	Kvinde, 76		X	<ul style="list-style-type: none"> - Somatiske lidelser - Ensomhed - Dårlige problemløsningsevner - Håbløshedsfølelser 	Stærke fysiske smerter
	Kvinde, 72	X		<ul style="list-style-type: none"> - Psykiske lidelser - Somatiske lidelser - Ensomhed - Lav selvværdsfølelse - Manglende sociale relationer og social støtte 	Ensomhed

* Den anførte alder er den alder, interviewpersonerne havde på interviewtidspunktet. Den suicidale periode ligger typisk 1-2 år tilbage i tiden.

Temaer:

Interviewpersonernes oplevelser af opvækstbetingelser i oprindelsesfamilien

Både faktorer, som kan medføre øget sårbarhed (f.eks. genetisk disposition eller opvækstmiljø) og aktuelle stressfaktorer i livet (f.eks. separationer), er af betydning for selvmordsprocessen. Grundlaget for selvmordsprocessen er således ofte lagt i barndommen, og krænkelserne fra barndommen kan udløses senere i livet. Et gennemgående træk i forskningsinterviewene er beskrivelser af dårlige opvækstvilkår i oprindelsesfamilien. Interviewpersonerne har ofte været ude for ydmygende og krænkende omsorgssvigt, herunder psykisk og fysisk vold samt incest og seksuelle overgreb fra de nærmeste. Primærfamilien er ofte blevet opløst pga. skilsmisse. I nogle tilfælde har forældrene til interviewpersonerne selv haft en selvdestruktiv adfærd i form af alkohol- og/eller narkotikamisbrug samt selvmord og selvmordsforsøg. Enkelte interviewpersoner har ydermere været anbragt uden for hjemmet dvs. på børnehjem og/eller ungdomsinstitutioner og har haft en kriminel løbebane.

Især de yngre interviewpersoner tillægger opvækstmiljøet en afgørende betydning for deres selvmordstanker eller – forsøg, hvilket hænger sammen med, at de er blevet interviewet i den livsfase, hvor de modsat de andre interviewpersoner stadig har boet hjemme.

Kvinde, 19 år, 1 selvmordsforsøg.

- Jeg har haft en elendig barndom, min far drak meget og var voldelig, min mor foretog sig intet, jeg kan ikke huske, at jeg nogensinde har fået et knus af min mor. Vi blev krænket seksuelt af vores far og hans kammerater, det var et helvede. På et tidspunkt kunne jeg ikke holde til det mere.

De ældre interviewpersoner pæger, at deres dårlige opvækstbetingelser har haft indflydelse på deres selvmordsadfærd i senere livsfaser, idet forskellige negative psykosociale begivenheder fra barndommen ikke er blevet bearbejdet. Krænkelser

og ydmygelser fra barndommen er således blevet udløst senere i livet i form af andre selvdestruktive adfærdsformer, såsom eksempelvis alkoholmisbrug samt selvmordshandlinger.

Kvinde, 37 år, alvorlige selvmordstanker.

Min far misbrugte mig seksuelt, da jeg var 14 år, og han gennemtævede mig ofte, jeg mener selv, at disse overgreb sammen med mit alkoholmisbrug bærer en stor del af skylden for mine selvmordstanker, som blev rigtige alvorlige i 30'erne. Jeg har aldrig fået talt om eller bearbejdet overgrebene.

Selvmondsadfærd i familien og / eller nærmeste omgangskreds

Nogle familier har specielle mønstre af selvmordsadfærd. En forælders selvmord indebærer markant risiko for skadet identitetsudvikling og kan blive et adfærdsmæssigt forbillede for, hvordan børn senere i livet på en destruktiv måde selv reagerer i perioder med modgang. Dette fænomen kaldes suicidal transmission. Cirka halvdelen af de 33 interviewpersoner har oplevet selvmordsadfærd i familien og/eller nærmeste omgangskreds. Ofte er det en forælder og/eller en bedsteforælder, der har forsøgt eller begået selvmord. Enkelte interviewpersoner har oplevet, at deres egne børn har haft alvorlige selvmordstanker eller har forsøgt selvmord.

Mand, 52 år, 2 selvmordsforsøg.

- Min mor, farfar og et par onkler har begået selvmord. Jeg kan tydelig huske min mors selvmord, hun lå der omgivet af en masse blod. Jeg har selv forsøgt 2 gange, min datter, der lider af anoreksi og depression har forsøgt selvmord en gang.

Skolelivet og mobning

Forskningen har vist, at mobning er relateret til en lang række negative faktorer, eksempelvis depression, angst, ensomhed, lav selvværdsfølelse, manglende koncentration og i værste fald selvmordsadfærd. I de aktuelle forskningsinterviews er cirka halvdelen af interviewpersonerne blevet mobbet, har selv mobbet

eller har optrådt som dobbeltagressorer, dvs. personer, der både mobber og bliver mobbet. Især blandt interviewgruppens unge fylder mobningen meget. Mobningen og dens negative konsekvenser bliver ofte kædet sammen med begyndende selvmordstanker. Respondentgruppens øvrige aldersgrupper kæder ikke mobningen sammen med deres sidste suicidale periode. Det betyder ikke, at de ikke er blevet udsat for mobning i skoletiden. De repræsenterer bare en anden livsfase, hvor andre distale risikofaktorer har gjort sig gældende. Dog pæger de 30-59-årige samt 60+`erne, at mobningen har sat sit præg i voksenlivet i form af især dårligt selvværd.

De unge interviewpersoner beskriver typisk sig selv som usikre, forsigtige, følsomme og stiltfærdige typer med et dårligt selvværd. Ofte turde interviewpersonerne ikke forsvare sig, hvis de blev udsat for mobning, og ofte var de fysisk svagere end deres kammerater. Modpolen i interviewmaterialet er den unge aggressive og provokerende type, der selv mobber. Denne gruppe beskriver sig selv som aggressive over for deres forældre, lærere og klassekammerater og med en trang til at dominere.

Kvinde, 19 år, 1 selvmordsforsøg.

- Jeg blev mobbet meget, blev kaldt brilleabe, blondine og dum, jeg begyndte at trøstespise, hvilket gjorde mig overvægtig, så det blev jeg også mobbet med. Jeg kom tit grædende hjem fra skole, men der blev ikke lyttet, jeg lukkede mig mere og mere inde i mig selv og var altid "den søde stille pige" – der aldrig gør noget forkert, men af og til fik jeg et raserianfald derhjemme, hvor selv mine forældre var bange for, hvad jeg kunne finde på.....de dage hvor mobningen var slem, tænkte jeg ofte på at tage mit eget liv....

En microanalyse af interviewgruppens livsforhold i den suicidale fase

Ved selvmordsadfærd og selvmordstanker vil det altid dreje sig om en unik sammensætning af forskellige belastende faktorer, som står i et indbyrdes og tidsmæssigt forhold til hinanden. Nogle mennesker

er i besiddelse af en lang række risikofaktorer, uden at udvise selvmordsadfærd, omvendt kan en person med få risikofaktorer vælge selvmordet. Det er altså vanskeligt at forudsige selvmordsadfærd, da det er særdeles individuelt, hvor modstandsdygtigt et menneske er overfor svære livssituationer. Et hvert selvmord eller selvmordsforsøg har således sin egen baggrundshistorie og må betegnes som unikt. Men i en del historier om selvmordsadfærd er der ofte nogle fællestræk, hvilket fremgår af forskningsinterviewene. Ud fra livshistorierne fremgår det klart, at selvmordstanker og selvmordsforsøget er opstået i et komplekst multifaktorielt samspil, hvor såvel biologiske, personlighedsmæssige, sociale og familiemæssige faktorer indgår. Ofte er de belastende faktorer og hændelser akkumuleret, dvs. psykiske lidelser har eksempelvis medført arbejdsløshed, ensomhed osv. Interviewpersonerne er blevet bedt om at beskrive hvilke distale risikofaktorer, der især havde betydning for, at selvmordsprocessen blev igangsat og vedligeholdt. En gennemgang af interviewmaterialet viser, at nedenstående især fylder meget i interviewpersonernes beskrivelser:

- Psykiske lidelser
- Ensomhed
- Interpersonelle problemstillinger
- Manglende sociale relationer og social støtte
- Lav selv værdsfølelse
- Mobning
- Dårlige problemløsningsevner
- Håbløshedfølelser
- Mobning

Temaer:

Psykosociale problemstillinger

Især psykiske lidelser og de sociale konsekvenser deraf er et gennemgående tema i de kvalitative interviews, hvilket ikke er overraskende, da netop psykisk sygdom er en væsentligt og velkendt distal risikofaktor for alvorlige selvmordstanker og selvmordsadfærd. En overvejende del af interviewgruppen (60%) - uanset køn og alder - har kæmpet med svære psykiske lidelser i den suicidale periode. Især depression, angstlidelser, skizofreni og karakterologiske problemer som personlighedsforstyrrelser er dominerende i interviewgruppen. Nogle har lidt af psykiske lidelser det meste af deres liv, mens andre har fået lidelserne i bestemte livsfaser. Tidlig skizofreni og borderline-personlighedsforstyrrelser findes især hos interviewgruppens unge.

Skizofreni

Sygdommen skizofreni opstår typisk i teenageårene. Cirka 1% af befolkningen har skizofreni. Årsagen kendes ikke med bestemthed, men der er en høj grad af arvelig disposition for sygdommen (Jensen, 2005).

De unge skizofrene i undersøgelsen har svært ved at forlige sig med tanken om at skulle leve et liv, der er anderledes end det, de havde forestillet sig.

Deres sygdom har betydet, at de blev nødt til at holde op med at arbejde på arbejdsmarkedets almindelige betingelser og i stedet måtte satse på andre former for job, eller afbryde deres uddannelse.

Ifølge interviewpersonerne bliver deres familieliv og sociale liv ligeledes stærkt påvirket, og de negative symptomer, som skizofrenien afstedkommer, var ifølge interviewpersonerne svære at leve med. Udover skizofrenien har nogle af interviewpersonerne også kæmpet med depressioner samt alkohol- og/eller hashmisbrug.

Kvinde, 21 år, 2 selvmordsforsøg.

- Jeg var lige begyndt at uddanne mig, men min sygdom gjorde, at jeg måtte stoppe. Jeg mistede interessen for alt. Jeg kunne slet ikke komme op om morgenen, var total sløv. Jeg begyndte at isolere mig mere og mere, jeg søgte faktisk ensomheden, jeg havde hele tiden hallucinationer og vrangforestillinger, og det gik virkeligt hårdt ud over min familie og kæreste, på et tidspunkt ville han ikke mere (kæresten), jeg blev så depressiv, det blev bare for meget for mig, så jeg valgte livet fra.

Smerten ved at være Borderliner

En personlighedsforstyrrelse viser sig ved, at en person føler, tænker, opfatter og forholder sig til andre mennesker på en måde, der afviger meget fra gennemsnittet i den kultur, som han/hun lever i. Blandt personlighedsforstyrrelserne har der i sammenhæng med selvmordsadfærd været speciel fokus på borderline – personlighedsforstyrrelse, fordi et af kriterierne for at få denne diagnose, er, at selvskadende adfærd i mange tilfælde forekommer hos borderlinere (Jensen, 2005).

I interviewmaterialet fortæller 3 kvinder med borderline-personlighedsforstyrrelse om sygdommens alvorlige psykosociale konsekvenser. Ofte har de nævnte kvinder flere selvmordsforsøg bag sig.

Kvinde, 29 år med 5 selvmordsforsøg bag sig, siger om det sidste selvmordsforsøg:

- Ja...jeg er jo en borderliner, jeg har heldigvis fået styr på min sygdom, men det var et sandt helvede, jeg havde en konstant følelse af indre tomhed, jeg viste ikke, hvem jeg var. Jeg måtte også opgive min uddannelse kunne ikke koncentrere mig, jeg var

altid i dårligt humør og gjorde de mest impulsive og uigennemtænkte ting. Jeg har virkelig skadet mig selv, altså sultet mig selv, drukket helt vildt og skåret i mig selv tusindvis af gange. Det lettere, når humøret var helt i bund. Sidste gang jeg forsøgte selvmord, tja...det skete meget impulsivt, havde ikke haft alvorlige tanker, men kæresten skred, og det sammen med min sygdom blev bare for meget.... måske jeg forsøger selvmord igen, det vil jeg ikke afvise.

Karakteristik for en person med borderline-personlighedsforstyrrelse (den impulsive type) er netop som det fremgår af ovenstående interviewcitater:

- Manglende koncentrationsevne
- Ustabilt og lunefuldt humør
- Tendens til misbrug, både af mennesker og stimulanser for at håndtere indre tomhed
- Tendens til selvdestruktivitet
- Handler ofte impulsivt og uoverlagt
- Kronisk tomhedsfølelse
- Forstyrret og usikker identitetsfølelse
- Udtalt frygt for at blive ladet alene
- Svært ved at tage ansvar eller se konsekvenser af sine handlinger

Af de øvrige interview fremgår, at kvinderne ofte stræber efter det perfekte og hele tiden ønsker at have kontrol, er utrolig selvkritiske og bange for at få blotlagt egne svagheder; de rummer ydermere en dyb indre angst for ikke at kunne slå til i hverdagen. Et andet karaktertræk ved gruppen er splitting, dvs. at andre mennesker inddeles i "de gode" og "de onde", eller tankegangen er sort/hvid. Følelserne svinger mellem meget positive og meget negative, og de har en forstyrret og usikker identitetsfølelse. Internationale undersøgelser anslår, at tre ud af fire diagnosticerede borderline har forsøgt selvmord, og at 10% begår selvmord (Jensen, 2005).

Depression

Der findes mange undersøgelser, der belyser sammenhængen mellem depression og selvmordsadfærd. Hvis man har en alvorlig depression, hvor man

har tanker om selvmord, er der stor risiko for, at man også tager sit eget liv (Madsen et al. 2005).

Depression forekommer i alle aldersgrupper i interviewgruppen. Der er dog en overrepræsentation blandt kvinderne. For især aldersgruppen (30-59) og (60+) er depressionen ofte udløst af psykosociale faktorer såsom skilsmisse, arbejdsløshed, tab af ægtefælle, alkoholmisbrug, somatiske lidelser eller konkurs. Mange af interviewpersonerne har haft alvorlige og pinefulde depressioner, der medførte nedsat selvtillid og selvværdsfølelse, manglende søvn, appetit og energi samt konstant dårligt humør og tristhed. Ofte var depressionen ledsaget af tanker om døden samt en udtalt ligegyldighed overfor ting og personer, der ellers normalt havde interviewpersonernes interesse.

Mand, 51 år, alvorlige selvmordstanker:

- Det var så pinefuldt, aldrig har jeg været så depressiv, jeg kunne simpelthen ikke mere, jeg fejlede fuldstændigt, gik konkurs med firmaet, drak alt for meget, hvem gider have sådan en taber til ægtefælle og far? Hvad jeg ikke har udsat mine børn for, til deres fødselsdage, det var pinligt, jeg skammer mig virkelig, nej...jeg tænkte, at de var bedre tjent uden mig, jeg kunne simpelthen ikke holde min depression ud mere, men jeg kom da heldigvis på bedre tanker, men det var tæt på.

Co-morbiditet

Det er ikke ualmindeligt, at interviewpersonerne har mere end én psykisk lidelse, dvs. er dobbelt-diagnosticerede. Det typiske billede er, at skizofrenien ledsages af et alkoholmisbrug. Borderlineforstyrrelsen hænger sammen med alkoholmisbrug, spiseforstyrrelser og depression. Kombinationen depression og alkoholmisbrug er ligeledes hyppig i interviewmaterialet. Alkoholmisbrug ledsager eller fører ofte til en række andre psykiske lidelser for eksempel angst, depression, personlighedsforstyrrelser eller psykoser. Især depression er hyppigt forekommende hos alkoholmisbrugere.

Interviewmaterialet er repræsenteret af nogle midaldrende mænd, som udover deres alkoholmisbrug har en depression. Disse har anvendt alkoholen som selvmedicinering for at lette forstyrrende tanker og sindsstemninger og som middel til at mestre vanskelige, forvirrende og belastende livssituationer. De pågældende personer beskriver, at alkoholen i en kortvarig periode har været en lettelse og udvisket negative følelser eksempelvis håbløshed, pessimisme og fortvivelse. Men et kronisk og massivt misbrug har ført til svære depressioner ledsaget af selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Ensomhedsfølelser, manglende social støtte og sociale relationer samt interpersonelle problemstillinger

Af betydning for igangsættelse og vedligeholdelse af selvmordsprocessen nævner en stor del af interviewgruppen uanset køn og alder: ensomhedsfølelser, manglende social støtte og sociale relationer samt interpersonelle problemstillinger.

For mange af interviewpersonerne gælder, at de på grund af forskellige forhold såsom:

- psykisk sygdom
- desintegration på arbejdsmarkedet
- skilsmisser
- alkoholmisbrug
- tab af ægtefælle

føler sig socialt isolerede og derfor ofte er præget af ensomheds – og kedsomhedsfølelser samt manglende sociale relationer. Netop disse negative emotionelle tilstande udgør væsentlige temaer i interviewene. Ensomhed bliver af interviewpersonerne beskrevet som oplevelsen af savn og et ønske om kontakt. Nogle af interviewpersonerne savner et større socialt netværk, andre nogle at være fortrolige med. Tab af de især primære, sociale relationer (især ægtefællen) med efterfølgende ensomhedsfølelser er karakteristisk for interviewgruppens 60+. En ægtefælles død kan være en yderst smertefuld belastning, der kan medføre stærke følelser af ensomhed og isolation samt depression, selvmordstanker og selvmordsforsøg.

Kvinde 78 år, alvorlige selvmordstanker.

- Faktisk kunne jeg slet ikke forstå, at han var død, Det varede meget længe for mig, inden at det gik op for mig, at han aldrig kom igen, jeg røg ned i et sort hul, var ingenting uden min mand, jeg isolerede mig totalt, vennerne, børnene og børnebørnene kom ikke på besøg....jeg følte mig så ensom og depressiv og fandt ikke at livet var værd at leve mere....

Ensomhedsfølelser er meget dominerende blandt interviewgruppens unge, især pigerne. De unge føler, at

- ringe kontakt til voksne og jævnaldrende
- usikkerhed og generthed
- mobning
- det at være anderledes
- svære betingelser derhjemme
- høje krav til dem selv

har skabt ensomhed, social isolation og dystre tanker. De føler sig ikke specielt elsket af forældrene eller værdsat af deres kammerater. Den ringe voksenkontakt bliver bl.a. forklaret med, at deres forældre er stressede. Ofte har de unge flyttet meget, skiftet skole, fået ny stedmor, stedfar osv. De unge når således - ifølge dem selv - ikke at få skabt stabile venskaber, det vil bl.a. sige opbygget relationer til jævnaldrende, som de kan snakke med og betro sig til om de tanker, overvejelser og problemer, de har. Konsekvenserne af ensomhed er ofte lav selvværdsfølelse, store psykiske vanskeligheder, misbrug, isolation samt selvmordsadfærd.

Sociale interpersonelle problemstillinger såsom:

- problemer med primære og sekundære relationer, dvs. eksempelvis problemer med børn, venner, familie, ægtefæller, arbejdskolleger osv.
- negative sociale begivenheder såsom firing, skilsmisse, tab og belastninger i det sociale netværk

er ligeledes et meget dominerende tema i forskningsinterviewene. Mange af interviewpersonerne rapporterer om interpersonelle problemer, og disse kædes ofte sammen med begyndende selvmordstanker. I andre tilfælde har de interpersonelle problemer optrådt

som proksimale risikofaktorer, dvs. de har udløst et selvmordsforsøg eller alvorlige selvmordstanker.

Mand, 42 år, alvorlige selvmordstanker.

- Skilsmissen var hård ved mig, det er sku` ikke sjovt at blive skilt, og se ens kone blive gift med en anden.... og det gav også en masse problemer med børnene... nej det var simpelthen for hårdt, kunne ikke rigtig se nogen mening med livet...Dråben var, da min søn ikke ville se mig, da blev tankerne rigtig alvorlige.

Somatiske Lidelser

Beskrivelser af somatiske lidelser i forhold til selvmordstanker og selvmordsadfærd fylder meget lidt blandt de 18-29-årige og de 30-59-årige. Dette er dog ikke tilfældet for 60+`erne. Somatiske lidelser må således ud fra interviewmaterialet siges at være en aldersspecifik distal risikofaktor. Aldringsprocessen medfører ofte en nedsat førlighed, et svagere helbred og flere kroniske sygdomme. Dette er væsentlige forhold eller livsomstændigheder, som har præget især de ældres selvmordsproces. Af somatiske sygdomme nævner de ældre for eksempel cancer, slagtilfælde, tab af syn og hørelse samt neurologiske sygdomme. Sygdomme som disse stiller store krav til den ældres omstillingsevne, da de ofte har varige følger, såsom øget afhængighed af andre og tab af mobilitet og færdigheder eller kroniske smerter. Endvidere betyder sygdommene og funktionsnedsættelserne for interviewgruppens ældre en forringelse af deres livskvalitet og trivsel, og samtidig øges de ældres sårbarhed overfor yderligere belastninger, da mestringsevnen er svækket.

Arbejdslivet/Uddannelse/Økonomi

Arbejdsløshed ses langt oftere blandt selvmordsforsøgere end i den generelle befolkning, og selvmordsforsøgsraten blandt arbejdsløse er mindst ti gange højere end blandt ikke arbejdsløse.

Især længerevarende ledighed er forbundet med en overhyppighed af diverse selvdestruktive adfærdformer, herunder alkohol- og narkotikamisbrug, risikoadfærd og selvmordsadfærd (Møller et al., 2004).

Betydningen af at have mistet sit arbejde, være gået konkurs, eller have økonomiske vanskeligheder bliver af især de midaldrende og ældre mænd kædet sammen med selvmordsovervejelser. Når en person bliver arbejdsløs, mister han ikke bare arbejdet, indkomsten, men også arbejdskammerater, fællesskabet og strukturen i daglige rutiner, hvilket fordrer omdefinering og tilpasning af ens sociale rolle. Tab af status er oftest sværere for mænd end for kvinder. Det kan være svært at acceptere og leve videre, når man mister en af sine roller. Det kræver tid at tilpasse sig ændringerne, og i denne kritiske periode kan selvmordsovervejelserne opstå.

Mand, 46 år, alvorlige selvmordstanker.

- Det var svært for mig at blive arbejdsløs, jeg havde arbejdet siden jeg var 16 år og var vant til at forsørge min familie, lige pludselig var jeg ikke del af et fællesskab, jeg havde ikke noget at stå op til, og værtshusbesøgene tog til, jeg fik et massivt alkoholforbrug, hvilket heller ikke var godt for økonomien eller ægteskabet.. Nej.... min arbejdsløshed bærer en stor del af skylden for mine selvmordstanker.

Lav selvværdsfølelse

Et gennemgående træk ved interviewpersonernes suicidale periode var følelsen af lavt selvværd. De tvivlede således stærkt på værdien af deres eget liv. Selvværdsfølelse omfatter de overordnede meninger, en person har om sig selv; hvordan personen vurderer egne kvaliteter og værdi som menneske. Den personlige konstruktion er ofte baseret på ens tidlige udvikling og erfaring. Lav selvværdsfølelse kan være en konsekvens af andres problemer, fx depression, social angst der forhindrer, at der opnås tilstrækkelig værdsættelse fra andre mennesker, f.eks. fra familien. Et udseende, der har befordret drillerier i barndommen, kan ligeledes danne grobund. Mobning i skolen huskes ekstremt tydeligt i kraft af den fastlåste og unuancerede selvpfattelse, den forårsager (Madsen et al. 2003).

Ofte siger interviewpersonerne, at denne følelse har varet så længe, han eller hun kan huske. I den suicidale

periode er følelsen blevet aktiveret og forstærket af forskellige hændelser og omstændigheder eksempelvis mobning, fyring, skilsmisse, dårlige karakterer osv.

Dårlige problemløsningsevner og mestringsstrategier

Ofte påpeger interviewpersonerne, at de var dårlige til at løse problemer, hvilket indirekte har forstærket selvmordsprocessen. En del af interviewpersonerne siger, at de tit er blevet ved med at anvende uhensigtsmæssige copingstrategier (løsningsmodeller), der ikke har vist sig at føre til det ønskede resultat. Netop hvordan problemløsningens betydning for selvmordsadfærd skal forstås, er et af de store spørgsmål inden for den del af forskningen, der væsentligst beskæftiger sig med de psykologiske processer, der faciliterer selvmordstanker. Mange af interviewpersonerne angiver, at deres suicidale adfærd var en reaktion på en situation, der var kendetegnet ved nederlag, manglende flugtmulighed og manglende redning. Interviewpersonerne beskriver ofte, at problemerne har hobet sig op, og at de så ingen anden mulighed end selvmordsforsøget.

Overvejende anvendelse af de mere upassende og til tider destruktive mestringsstrategier "følelsesfokuseret mestrings" og "undgående mestrings", ligesom "misbrugsrelateret mestrings" bestående af forøget indtag af alkohol, piller, mad og/eller nikotin i stressende situationer er ofte forekommende, når interviewpersonerne skulle takle problemer og negative livsbegivenheder.

Nogle interviewpersoner anvendte en "følelsesfokuseret mestrings", dvs. blev triste og deprimerede, trak sig tilbage socialt, holdt op med at have hobbyer og interesser, når de blev udsat for stressfaktorer. I modsætning til "problemfokuseret mestrings", hvor den aktuelle stressor søges ændret, vil der ved følelsesfokuseret mestrings i stedet være tale om en ændring af den følelsesmæssige reaktion på den givne stressor, f.eks. ved fortrængning (Madsen et al. 2003).

Som voksen er den følelsesfokuserede mestringsstrategi en meget upassende strategi, der ikke gør individet i stand til at være "aktør i eget liv", men tværtimod kan være udtryk for en følelse af magtesløshed og resignation. Andre reagerede med en undgående, "passiv copingstil", dvs. de håbede på, at tingene løste sig af sig selv, prøvede at glemme det hele.

Generelt for interviewgruppen gælder, at de havde en manglende evne til at identificere og specificere problemer, samt generere potentielle løsningsforslag. Der er således ikke taget hånd om de problemer, som dannede baggrund for selvmordsadfærden, og interviewpersonerne reagerede med en uhensigtsmæssig copingmekanisme, nemlig selvmordsadfærd.

Kvinde, 29 år, selvmordsforsøg.

- Jeg har altid ladet det hele sejle, det er jo ikke så mærkeligt, at problemerne har hobet sig op...og at alting blev uoverskueligt, og selvmordstankerne trængte sig på, jeg håbede bare på at problemerne løste sig af sig selv....jeg har aldrig fået taget hånd om noget som helst før end det var alt for sent...

Håbløshed og meningsløshed

Følelser af håbløshed og meningsløshed er ligeledes meget fremherskende i interviewene. Forskellige sociale og psykiske faktorer har ofte ført til, at interviewpersonerne har svært ved at se en sammenhæng og en mening med deres tilværelse, hvilket har ført til forvirring og håbløshed, der igen har fremmet tanker om selvmord. Følelserne af håbløshed og meningsløshed er ofte meget stærke i selvmordsprocessens slutstadie, når der ikke kan ses nogen anden udvej end selvmordet.

Kvinde, 33 år, selvmordsforsøg.

- Jeg gik helt i sort, jeg følte ikke, at jeg var værd at elske og kunne ikke se nogen løsning på noget som helst, alt var håbløst, der var ingen mening med mit liv...Derfor forsøgte jeg at tage mit eget liv...

Selvmordsprocessens slutstadie

Intentionen for overvejelserne / de proksimale faktorer

Når man spørger interviewpersonerne, hvad de ville opnå med deres selvmordsovervejelser, siger en overvejende del, at de ønskede at dø, idet de gerne ville slippe ud af en pinefuld situation eller befri andre for besvær.

Kvinde, 48 år, selvmordsforsøg.

- Jeg syntes på daværende tidspunkt, at jeg led så voldsomt, at det faktisk var en kærlig gerning overfor mig selv, at gøre en ende på det. Jeg mente desuden, at de pårørende var bedre tjent uden mig. Det er meget bedre, hvis jeg ikke var her, alle inkl. mig selv var bedre tjent med, at jeg var væk.

En overvægt af de unge siger som i spørgeskemadelen, at de ikke ønskede at dø, men at de ønskede hjælp.

En samlet analyse af processen viser, at der i selvmordsprocessens slutstadie ofte var udviklet fremtrædende depressive symptomer, stærke håbløshedsfølelser, manglende evne til at forestille sig ændringer i fremtiden samt udpræget meningsløshed hos interviewgruppen. Slutstadiet karakteriseredes af et kikkertsyn, som gjorde det vanskeligt for personerne at vurdere alternative løsninger og eventuelt at vælge en ny vinkling på situationen.

Et sidste særtræk af processen var en stærk drivkraft til at overskride tærskelen mellem liv og død. Denne grænse bestod eksempelvis i tabuer mod selvmord, frygt for fysisk smerte og angst for, hvad døden indebærer. I forbindelse med interviewgruppens selvmordsovervejelser blev der ofte anvendt alkohol og/eller narkotika for at krydse denne barriere.

Af proksimale faktorer, som udløste de alvorlige selvmordstanker eller selvmordsforsøgene i interview-materialet, kan nævnes:

- tab eller trussel om tab (især separation fra en betydningsfuld person)
- familieproblemer
- situationer der oplevedes krænkende eller som en fiasko, f.eks. afskedigelse fra arbejde, dårlige karakterer, mobning
- ensomhed
- økonomiske problemer
- stærke fysiske og psykiske smerter
- indlæggelse eller udskrivning fra psykiatrisk afdeling
- alkoholberuselse

Afbrydelser af selvmordsprocessen

Resilient reaktion på svære psykosociale livsbelastninger

13 af undersøgelsesgruppens interviewpersoner har haft alvorlige tanker om selvmord. På trods af meget belastende psykosociale livsbetingelser har denne gruppe aldrig ført tankerne ud i livet. I det nedenstående vil de faktorer, som har haft afgørende betydning for afbrydelse af selvmordsprocessen, blive beskrevet.

De øvrige interviewpersoner inddrages, hvor det synes relevant, da de ligeledes gjorde sig nogle overvejelser om ikke at begå selvmord, men hovedfokus er på de 13 personer, der ikke førte tankerne ud i livet.

Der er ingen tvivl om, at mennesker er forskellige i forhold til, hvordan de møder problemer og negative livsbegivenheder. Det er almen viden, at alle ikke tåler lige meget. Vi fødes med forskellig sensitivitet overfor de slag og nederlag, som verden giver, og der gives absolut ingen enkle svar på, hvorfor nogle mennesker agerer mere resilient end andre. Alt afhængig af om interviewpersonerne har forsøgt selvmord eller har haft alvorlige selvmordstanker, er de blevet stillet følgende spørgsmål:

- Hvilke forhold gjorde, at du ikke førte tankerne ud i livet?
- Hvilke overvejelser gjorde du dig, da du forsøgte at tage dit eget liv?

Fællestræk ved de resiliensfremmende processer

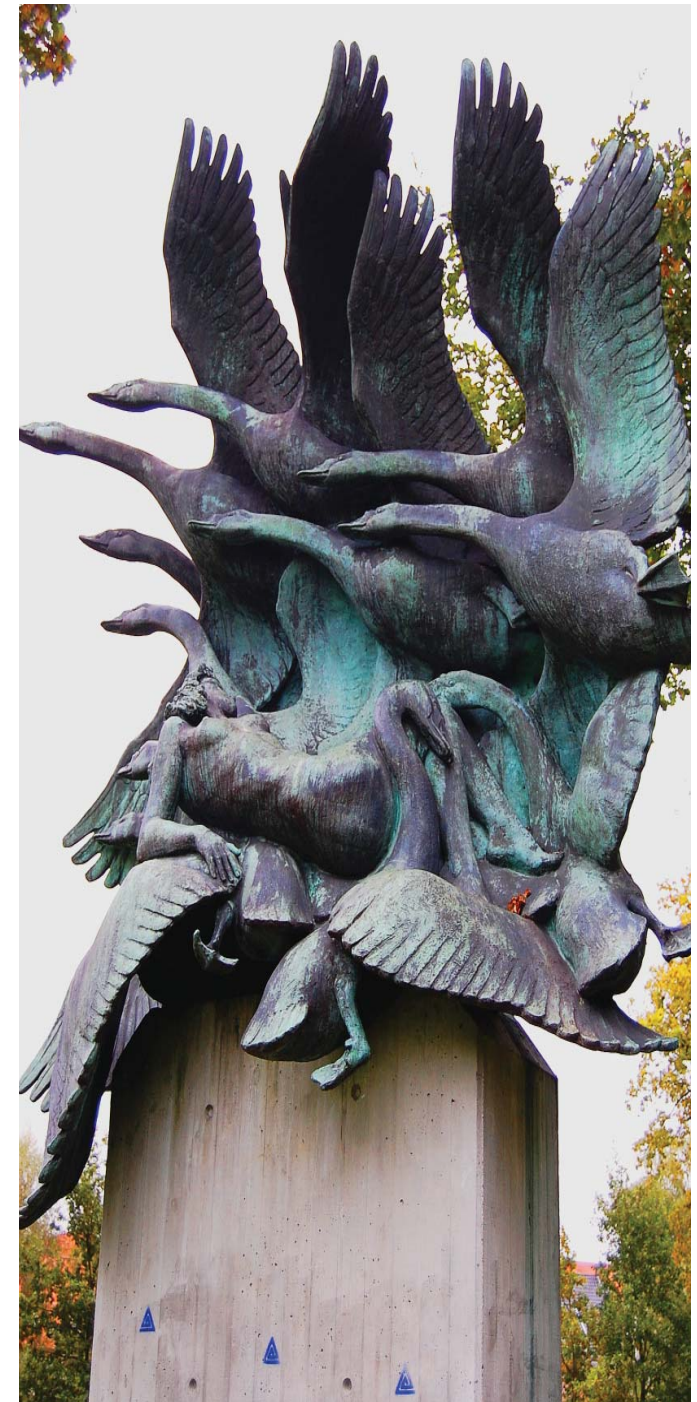
Afgørende for, om interviewpersonerne har handlet på deres tanker eller ej, har bl.a. været deres perception og håndtering af de svære psykosociale belastninger, som de er blevet stillet overfor samt tilstedeværelsen af beskyttende faktorer. De kvalitative forskningsinterviews indikerer, at en række forskellige beskyttelsesfaktorer bidrager til, at den belastning som interviewpersonerne er blevet mødt med, ophæves eller svækkes.

Forskellige individuelle og miljømæssige beskyttelsesfaktorer synes således at være forklaring på drivkraften bag individets succesfulde præstation i vanskelige livssituationer. Som i tilfældet med risikofaktorerne har beskyttelsesfaktorerne i interviewene en tendens til at akkumulere, således at eksempelvis behandling af depression fører til øget livsglæde, tilknytning til arbejdsmarked, øget selvvardfølelse osv.

Nedenfor i tabel 2 følger et display over de 13 interviewpersoner.

Som ved det første display angiver interviewpersonerne ofte 3-5 faktorer, der har været afgørende for, at de har ageret med en resilient adfærd over for de distale risikofaktorer.

Disse beskyttende faktorer har således haft en modificerende effekt på de distale faktorer.



Tabel 2
Beskyttelsesfaktorer

Display over de 13 personer med alvorlige selvmordstanker

	Køn/Alder	Alvorlige Selvmordstanker	Beskyttende faktorer
De unge (18-29-årige)	Mand, 21	X	<ul style="list-style-type: none"> - Gode sociale relationer og social støtte - Dødsangst - Holdninger til selvmordsadfærd
	Mand, 24	X	<ul style="list-style-type: none"> - Behandling - Dødsangst - Holdninger til selvmordsadfærd
	Kvinde, 20	X	<ul style="list-style-type: none"> - Gode sociale relationer og social støtte - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Et positivt livssyn - Behandling
De midaldrende (30-59)	Mand, 41	X	<ul style="list-style-type: none"> - Holdninger til selvmordsadfærd - Behandling - Dødsangst - Gode sociale relationer og social støtte
	Mand, 51	X	<ul style="list-style-type: none"> - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Behandling - Holdninger til selvmordsadfærd - Gode sociale relationer og social støtte - Et positivt livssyn
	Mand, 42	X	<ul style="list-style-type: none"> - Selvkontrol - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Holdninger til selvmordsadfærd
	Mand, 51	X	<ul style="list-style-type: none"> - Gode sociale relationer og social støtte - Behandling - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Et positivt livssyn

	Mand, 46	X	<ul style="list-style-type: none"> - Behandling - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Selvkontrol - Selvværdsfølelse
	Kvinde, 37	X	<ul style="list-style-type: none"> - Behandling - Holdninger til selvmordsadfærd - Gode sociale relationer og social støtte - Religiøse overvejelser
	Kvinde, 42	X	<ul style="list-style-type: none"> - Dødsangst - Gode problemløsningsevner - Holdninger til selvmordsadfærd
	Kvinde, 54	X	<ul style="list-style-type: none"> - Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser - Behandling - Et positivt livssyn
De ældre (60+)	Mand, 65	X	<ul style="list-style-type: none"> - Behandling - Gode sociale relationer og social støtte - Dødsangst - Selvværdsfølelse - Religiøse overvejelser
	Kvinde, 76	X	<ul style="list-style-type: none"> - Religiøse overvejelser - Dødsangst - Fritidsinteresser - Et positivt livssyn



Selvom personernes beskrivelse af den suicidale periode er unik og individuel, er der dog nogle klare tendenser i det kvalitative datamateriale. Nogle individuelle og miljømæssige beskyttende faktorer vægtes således langt højere i interviewmaterialet end andre. Især faktorerne:

- Behandling (medicinsk og terapeutisk)
- Gode sociale relationer og social støtte
- Holdninger til selvmordsadfærd
- Uddannelse, erhverv, fritidsinteresser
- Dødsangst samt
- Et positivt livssyn

bliver meget ofte nævnt som faktorer, der har afbrudt selvmordsprocessen.

Betydningen af de individuelle beskyttelsesfaktorer

Personlige ressourcer nævnes ofte som en af årsagerne til, at et individ formår at overvinde svære, belastende situationer og derved ikke bukker under.

Forskningsprojektet har valgt at fokusere på:

- Holdninger til selvmordsadfærd
- Et positivt livssyn
- Gode problemløsningssevner
- Et godt selvværd
- Selvkontrol
- Angst og frygt for døden

Temaer:

Holdninger til selvmordsadfærd

- *Det er meget egoistisk og moralsk forkert at begå selvmord, det kan man bare ikke byde sine nærmeste...*

Sådan lyder det fra en 37-årig kvinde, der har haft alvorlige selvmordstanker. Denne holdning er især dominerende blandt gruppen af personer med alvorlige selvmordstanker, hvilket også fremgår af spørgeskemaet. Ifølge disse interviewpersoner har holdninger om, at selvmord er moralsk forkert og egoistisk, været en afgørende buffer mod selvmordshandlinger. Tankerne faldt især på de signifikant nærmeste, især

børnene skulle ikke opleve tabet af en forælder. Tidligere oplevelser med selvmordsadfærd i familien og/eller omgangskredsen præger i høj grad interviewpersonernes holdninger til selvmordsadfærd. De ønsker ikke, at deres nærmeste skal gennemgå og opleve det samme. Ydermere giver interviewpersonerne udtryk for, at selvmordshandlinger er kujonagtige og feje.

Kvinde, 42 år, alvorlige selvmordstanker.

- *Det er virkelig kujonagtigt at tage livet af sig, jeg har jo en masse mennesker, der holder af mig, min mor har begået selvmord, jeg fandt hende, det billede har virkelig brændt sig ind på nethinden, det vil jeg aldrig udsætte mine omgivelser for....nej det er meget egoistisk og forkert at begå selvmord.*

Endvidere mener personerne med alvorlige selvmordstanker ofte – som spørgeskemaet ligeledes viste – at det ikke er op til dem at bestemme, hvornår og hvordan livet skal slutte. Personer, der har forsøgt selvmord, har derimod generelt set den opfattelse, at det er op til én selv, om man vil livet eller ej. De er således fortalere for den enkeltes ret og frihed til at bestemme over livet.

Kvinde, 33 år, selvmordsforsøg.

- *Jeg synes selvmord er en menneskeret – en ret alle voksne og selvstændige mennesker har, jeg kan ikke se, at selvmord er moralsk forkert eller egoistisk, det er da nærmere egoistisk af ens nærmeste, at bede om, at man hænger fast i et liv med smerter og problemer.*

Kvinde, 21 år, 2 selvmordsforsøg.

- *Det er min holdning, at hvis jeg ikke vil livet, så vil jeg det ikke.*

Et fåtal af de interviewpersoner, der har forsøgt selvmord, havde overvejelser om, at selvmord var egoistisk og moralsk forkert. Belastninger, kriser og sygdom dominerede beslutningen om ikke at ville livet mere. Dog har mange af selvmordsforsøgene ændret deres holdning til selvmordsadfærd efter deres forsøg.

En 48-årig kvinde med flere selvmordsforsøg bag sig siger:

- *Det er meget egoistisk og moralsk forkert at begå selvmord, det er virkelig gået op for mig efter alle mine forsøg. Man er jo lidt en kujon...når man hele tiden forsøger selvmord...jeg er en kujon, det er kujonagtigt at sige fuck verden...jeg må gøre en indsats for at få det bedre.*

Et positivt livssyn

- *Jeg forsøger at fokusere på de positive sider selv i vanskelige situationer, jeg vil jo gerne livet og har egentlig også mange planer. Jeg har en nysgerrighed på livet.*

Sådan lyder det fra en 51-årig mand. En anden væsentlig individuel beskyttende faktor har været, at interviewpersonerne trods vanskelige livsbetingelser havde et positivt syn på livet. Nogle af interviewpersonerne siger således, at de i konfrontationen med forskellige distale risikofaktorer fokuserede på positive sider og søgte således at finde en mening i de dystre og vanskelige situationer, samt bevarede en hvis optimisme om, at fremtiden nok skulle blive bedre. Det positive livssyn viser sig i interviewene i form af forhåbning, planlægning og visioner for fremtiden. Positive minder fra fortiden er blevet anvendt til at bevare det positive livssyn i den suicidale periode. Generelt for undersøgelsens selvmordsforsøgene er, at de opgav at finde meninger i de vanskeligheder, de oplevede i den suicidale periode. I interviewene giver de således udtryk for et meget negativt livssyn.

Problemløsere

Generelt set er hele informantgruppen dårlige til at løse problemer og vælger ofte uhensigtsmæssige copingstrategier. At orientere sig mod egne problemer og finde en løsning er således ikke et dominerende adfærdstræk eller en afgørende beskyttende faktor i interviewgruppen.

Ofte angiver interviewpersonerne, at de er gode til at løse andres problemer, men ikke deres egne.

Kvinde, 54 år, alvorlige selvmordstanker.

- Jeg er rigtig god til at løse andres problemer, men det kniber lidt mere med mine egne problemer.

I spørgeskemadelen (Delstudie II) rapporterede en mindre del af hele respondentgruppen (26, 4%) , at de vidste, hvad de skulle gøre, hvis deres situation blev vanskelig. Sagt med andre ord har en overvejende del af hele respondentgruppen svært ved at finde løsningsmodeller i forhold til diverse psykosociale problemstillinger. Delstudie II viste dog også, at flere personer med selvmordstanker - i forhold til selvmordsforsøgene - ikke mente, at selvmordet var løsningen på deres problemer.

Selv værdsfølelse, selvværd og selvtillid

Et gennemgående træk for interviewgruppen er, at de har haft en meget lav selvværdsfølelse, lavt selvværd og lav selvtillid i deres suicidale periode. For personer med alvorlige selvmordstanker har det at påbegynde et arbejde, en uddannelse eller få fritidsinteresser og/eller en kæreste højnet deres selvværdsfølelse og har således givet mod på tilværelsen, hvilket ifølge nogle af interviewpersonerne har været medvirkende til at bremse selvmordsprocessen.

Mand, 46 år, alvorlige selvmordstanker.

- Mit selvværd steg meget, da jeg fik en kæreste, og da jeg havde succes på jobbet, så nu tror jeg virkelig på mig selv og på mit liv, og jeg ved, at jeg er god til en masse og at mange sætter pris på mit arbejde og mig som person. Så jeg tror da helt sikkert at et bedre selvværd har været medvirkende til at få mine dystre tanker til at gå væk, ellers ved jeg ikke, hvad der ville være sket.

Selvkontrol versus impulsivt

Det er velkendt, at impulsivitet er en risikofaktor for selvmordsadfærd. Enkelte interviewpersoner angiver, at deres egenskab som et kontrolleret menneske - sammen med andre faktorer - var afgørende for, at de ikke forsøgte selvmord.

Mand, 42 år, alvorlige selvmordstanker.

- Hvis du ikke har kontrol over dig selv, dine tanker, følelser og handlinger vil de negative tanker og følelser hurtigt kunne tage overhånd og vil også kunne føre til handlinger, der ikke er gennemtænkt, som f. eks. selvmord. Så at have kontrol over sig selv og at man tænker, før man handler, har en helt afgørende rolle for, at jeg ikke har begået selvmord..

Delstudie II (spørgeskemaundersøgelsen) viste, at personerne med alvorlige selvmordstanker i højere grad end selvmordsforsøgene tænkte sig om, inden de reagerede. Omtanke var således en signifikant beskyttende faktor i forhold til selvmordsforsøg. Generelt fylder egenskaben "at have selvkontrol" dog ikke ret meget i interviewpersonernes livsfortællinger.

Dødsangst beskytter

Angsten for døden er i høj grad en dominerende individuel beskyttende faktor for personer med alvorlige selvmordstanker, hvilket også fremgår af spørgeskemaundersøgelsen. Den psykiske og fysiske smerte ved selvmordshandlingen og uvisheden om, hvad døden bringer - kommer man i himmelen eller helvedet? - bliver i høj grad nævnt som begrundelse for ikke at handle på tankerne. Overvejelser om at selvmordshandlingen ikke fører til død som ønsket, men til svære handicaps er ligeledes overvejelser, som interviewpersonerne har gjort sig.

Kvinde, 42 år, alvorlige selvmordstanker.

Jeg har ofte haft tankerne, men jeg har aldrig forsøgt, jeg er ofte blevet sur, hvorfor har jeg ikke gjort det? Men jeg var bange for smerten, hvad hvis jeg blev invalid og endte som grøntsag? Og hvad sker der efter døden? Kommer jeg i himmelen eller i helvede? Bliver jeg ensom? Og hvad med mine forældre? Nej jeg vil hellere livet, jeg er meget bange for døden.

Døden bliver her associeret med angst, separation og ensomhed, og derfor vælges livet.

Personer, der har forsøgt selvmord, angiver ofte, at de ikke er bange for døden.

Kvinde, 33 år, selvmordsforsøg.

- Jeg er absolut ikke bange for døden, jeg har et meget afslappet forhold til døden, derfor har jeg også forsøgt selvmord mange gange, men jeg er bange for livet.

Andre af selvmordsforsøgene opfatter deres død som en fortsættelse af livet - bare under bedre betingelser. Nogle vil gerne forenes med deres afdøde børn eller ægtefæller, bl.a. derfor frygter de ikke døden.

Kvinde, 49 år, selvmordsforsøg.

- Jeg ville forenes med min søn, han har jo ikke nogen.... jeg tror på, at der er noget efter livet, at man ikke bare forsvinder, det tror jeg meget på. Nej... jeg er ikke bange for døden, tværtimod.

Betydningen af de miljø- og samfundsbase-rede beskyttelsesfaktorer

Fokus i forskningsprojektet er udover de individrelaterede beskyttelsesfaktorer rettet mod miljø- og samfundsbase-rede præventive faktorer, herunder:

- Spirituelle og religiøse overvejelser
- Behandling (medicinsk, terapeutisk)
- Sociale relationer og social støtte samt
- Arbejde, uddannelse og fritidsinteresser

Temaer:

Spirituelle og religiøse overvejelser

Sammenhængen mellem religiøsitet og selvmordstanker, selvmordsforsøg og holdninger til selvmord har været undersøgt i mange undersøgelser. Hvis man er religiøs, er risikoen for at begå selvmord mindre, end hvis man ikke tror på noget. Religiøsitet medfører nemlig en større moralsk modvilje mod at gøre skade på sig selv. De familiære værdier er stærkere, og troende mennesker har generelt et lavere aggressionsniveau (Dervic et. al. 2006). I nærværende undersøgelse spiller religion ikke en afgørende rolle. Interviewpersonerne - såvel personer med alvorlige selvmordstanker, som personer med selvmordsforsøg - angiver ofte, at de ikke tror på Gud, og at de ikke indgår i religiøse fællesskaber. Modgang har skabt

modløshed, og dermed en tro på at Gud ikke findes. For 1 af de midaldrende og for 2 af de ældre synes religion dog at have en beskyttende virkning. Ifølge deres tro er det forbudt at begå selvmord. De nævnte personer angiver, at de ikke selv er herre over, hvornår livet skal slutte, det er op til Gud. Gud har givet dem livet, og han bestemmer, hvornår det skal tages fra dem.

Kvinde, 37 år, alvorlige selvmordstanker.

- Jeg er et Jehovas Vidne og vil derfor gerne følge Biblen, det er dog stadig svært, når man er syg, men mit ønske vil altid være der. Bibelen siger, at det er forkert at slå ihjel – også selvmord. Det forbud er med til at holde mig i live.

Religion virker ydermere beskyttende på grund af deltagelse i kirkelige fællesskaber, hvilket giver adgang til social støtte og omsorg. Interviewpersonerne kommer således væk fra ensomhed og social isolation. Endvidere angiver informanterne, at troen kan lindre, trøste, hjælpe og give håb i svære situationer. Informanterne har ofte en tro på et liv efter døden, hvilket hjælper til at bære byrden af menneskelig lidelse med styrke, og de tåler således bedre dagliglivets problemer i forvisning om en bedre fremtid.

Kvinde, 76 år, alvorlige selvmordstanker.

- Jeg er religiøs, jeg tror meget på Gud, jeg tror tit, han har hjulpet med meget her i livet, jeg har tit bedt om hjælp, og det har hjulpet og trøstet mig, når livet det blev svært, uden min Gud var jeg her nok ikke i dag.

Mand, 65 år, alvorlige selvmordstanker.

- Min tro på Gud og at selvmord er en synd – fik mig til at søge hjælp hos læger og psykologer.

Betydningen af et eller flere behandlingsforløb

I spørgeskemadelen spørges ikke til, om et evt. behandlingsforløb har haft en gavnlig effekt på informanternes selvmordsadfærd. Af interviewundersøgelsen fremgår det tydeligt, at et eller flere medicinske og/eller psykoterapeutiske behandlingsforløb for psykiske og/eller somatiske

lidelser har haft en afgørende positiv præventiv betydning.

9 ud af de 13 interviewpersoner med alvorlige selvmordstanker har været i behandling. Generelt set siger disse personer, at behandlingen – sammen med andre faktorer – har været medvirkende til at bremse processen mod selvmordet fordi:

- De har haft behandlere eller andre at dele deres problemer med
- De bliver lyttet til og oplever forståelse og empati, har modtaget social og psykologisk støtte, og familien er ofte blevet inddraget
- De har fået nye redskaber, herunder nyttige problemorienterede copingstrategier, til at takle deres problemer med
- Medicinsk behandling har betydet fysisk og psykisk lindring
- De har udviklet en evne til problemløsning og evne til at klare modgang og skuffelser og udvikling af positivt selvværd
- De har udviklet en evne til at etablere og fastholde kontakt, løse interpersonelle konflikter, rumme ubehagelige følelser og komme ud af lidelserne samt lært at lægge planer for fremtiden

Interviewpersonerne har været i forskellige former for behandling. Nogle har været på behandlingshjem for alkoholmisbrugere, andre har været til psykolog, psykiater eller psykoterapeut. Ingen af de 9 interviewpersoner har været i behandling ved Centre for Selvmordsforebyggelse i Danmark. De 9 personer angiver alle, at de som helhed har fået det bedre efter behandlingsforløbene, både i forhold til alment velbefindende og med hensyn til de psykiske og/eller somatiske lidelser, som har domineret og hæmmet deres hverdag, og som har haft indflydelse på deres selvmordstanker. Sagt med andre ord er de nævnte interviewpersoner blevet behandlet for den tilgrundliggende somatiske og/eller psykiske lidelse, hvilket har haft en positiv effekt på selvmordstankerne. Interviewpersonerne nævner, at de inden behandlingen

var ængstelige, triste, indadvendte, emotionel ustabile og ofte var i konflikter eller vanskeligheder med andre. Disse negative personlige egenskaber har behandlingen haft en gavnlig modificerende effekt på.

Mand, 24 år, alvorlige selvmordstanker.

- Jeg gik selv i terapi....det hjalp, jeg fik nogle gode redskaber...hvis et isbjerg består af problemer, så kappede de toppen af isbjerget, så det var til at holde ud at leve. Jeg havde en meget dygtig psykiater, og på klinikken var der nogle meget dygtige folk, de har virkelig hjulpet mig.

Kvinde, 20 år, alvorlige selvmordstanker.

- Medicinen har hjulpet mig rigtig meget, det har fået stemmerne til at gå væk, de siger ikke mere til mig, at jeg skal begå selvmord. Jeg har også været i gruppeterapi og individuelterapi, det var rigtig godt, der fik jeg noget modstand, det har været altafgørende for fremgangen, og for at jeg ikke har forsøgt selvmord. Hjælpen fra medicin, læger og psykologer og flere andre fik heldigvis de grimme tanker til at forsvinde.

En 54-årig kvinde med alvorlige selvmordstanker har skrevet dette digt vedrørende behandlingens betydning:

- Jeg takker min gud og skaber, at jeg på "P" blev sendt – selvom det nok var den værste tur, jeg endnu har kendt. Pludselig kunne man sige de ord, man aldrig før har sagt, psykiateren havde heldigvis mig og mit liv, helt i sin magt. En stor tak til alle på afdelingen jeg sender ved deres hjælp og gode råd jeg nu erkender: Man kan ikke klare alt i verden, men man kan tage imod hjælp til at komme videre i sit liv og færd. Til psykolog og medicin opsparingen er sivet – tror det er de bedste penge, jeg nogensinde ud har givet. Hun hjalp mig at se mig selv på en helt anden måde, om mine reaktioner og tanker, hun mig dygtig her råde. Livsmod, optimisme og selvtillid jeg fik tilbage. Tænke sig: Et helt nyt liv til mig er nu givet – depressionen lige så stille fra mit sind er sivet. Jeg føler, at jeg er gladere end nogensinde før, og en masse ting, der sig i mit hoved rør. Jeg tror aldrig, at jeg har

været så aktiv som nu. Aldrig vil jeg nogensinde den tid glemme – hvor de sorte tanker "kørte rundt" og jeg kom i klemme. Tankerne, de bare igen og igen blev gennem min sjæl sendt. Døde øjne og et hærget ansigt jeg i spejlet så, ingen fattede mistanke – en dygtig skuespiller jeg være må. Men nu er den tid forbi – jeg er oppe igen - lysere på livet ser.

Sociale relationer og social støtte

Adskillige undersøgelser har vist, at personer med positive interpersonelle relationer til eks. ægtefæller/samlevende, venner eller andre nærtstående er mindre sårbare, de overvinder lettere sygdom, og de har lavere dødelighed. I forlængelse heraf har sociologisk orienterede studier således fundet, at sociale forhold - der kan medvirke til at øge den sociale integration - såsom arbejde, fritidsaktiviteter, gode sociale netværk, i høj grad er præventive i forhold til selvmordsadfærd (Haw et al. 2001; Pirkola et al. 1999; Taylor et al. 1999).

De sociale relationer synes således at kunne afbøde virkningerne af diverse livsstressorer og stress. Sociale relationer kan dels fungere som praktisk hjælp og støtte, hvis man bliver trængt eller presset, hvilket kan forhindre negative konsekvenser såsom selvmordsadfærd. Sociale relationer kan endvidere øge en persons selvværd og personlige styrker. Man kan gennem gode sociale relationer lære at håndtere svære situationer og få kontrol over tilværelsen. Det skal dog fremhæves, at sociale relationer kan være negative og ikke gavnlige for det enkelte individ. Et eksempel kan være situationer, hvor de sociale relationer bliver belastende, f.eks. hvis det sociale netværk mobber eller på anden måde udnytter eller skader vedkommende.

Ifølge informanterne i den aktuelle undersøgelse har især de primære sociale relationer samt en god social støtte - sammen med andre faktorer - været en afgørende buffer i forhold til selvmordsadfærd.

Hjemmeboende børn

Adskillige studier har vist, at især for kvinder har

hjemmeboende børn en præventiv virkning på selvmordsforsøg (Benjaminsen, 1992, Qin et al. 2003, Christiansen, Appleby, 1995). Et tidligere studie fra Center for Selvmordsforskning fandt, at tilstedeværelsen af børn under 4 år beskyttede kvinder mod selvmordsforsøg. Studiet viste, at når børnene blev ældre (over 4 år) forsvandt den beskyttende effekt (Christiansen, 2004).

I interviewundersøgelsen fandt vi lignende resultater.

En mand, 41 år, alvorlige selvmordstanker, udtrykker det således:

- Jeg har tit været langt ude, men det betyder meget, at jeg har min søn boende hos mig.

En anden kvinde, 37 år, alvorlige selvmordstanker, siger:

- Jeg kunne ikke tillade mig at dø pga. 2 mindre børn, jeg kunne ikke frarøve dem deres mor. Hvis jeg ikke havde haft dem, så var jeg død.

En mand, 51 år, alvorlige selvmordstanker, siger om børnene:

- Jeg har tit stået med rebet i hånden, men tankerne falder altid på mine små børn.

En kvinde, 20 år, alvorlige selvmordstanker, siger:

- Det eneste, der holder mig i gang er min lille datter, hun er mit et og alt.

En adfærdsform som perseverans dvs. at have nogen/eller noget at kæmpe eller have ansvar for - i dette tilfælde børnene - synes således at være en afgørende beskyttelsesmekanisme mod selvmordsadfærd (Zand, 2007).

Den beskyttende effekt synes dog at forsvinde, når børnene flytter hjemmefra, eller når der ikke er noget kontaktforhold mellem forældre og børn. I disse tilfælde tillægges børnene af informanterne ikke nogen beskyttende virkning.

Andre sociale relationer og social støtte

I forhold til social støtte siger en 20-årig kvinde:

- Selvom jeg er familiens sorte får, så har de altid støttet mig, uden familien og mine venner sad jeg ikke her i dag.

Ofte er den vigtigste sociale støtte for interviewpersonerne primærfamilien samt vennerne. Det skal naturligvis pointeres, at familien og venner ikke er nogen garanti for fravær af selvmordsadfærd. Især familiens og vennernes personlige og sociale ressourcer er afgørende for, om de er i stand til at hjælpe i form af støtte og vejledning.

En kvinde, 37 år, alvorlige selvmordstanker, fortæller om betydning af et støttende netværk:

- Mit netværk (de primære relationer) betyder alt for mig, jeg har fået så meget kærlighed og omsorg af dem, da det så rigtig skidt ud, de har i høj grad rådgivet mig om, hvad jeg skulle gøre, hvis det ikke havde været for deres støtte, så var jeg ikke i live i dag.

Det støttende netværk, i form af familie, venner og andre, kan således, hvilke andre studier også viser, tilsyneladende virke som en coping-ressource, der kan lære det enkelte individ at mestre vanskeligheder i livet og give bl.a. følelsesmæssig støtte (indføling, omsorg, kærlighed, tillid), informationsmæssig støtte (oplysning/rådgivning m.v. som kan lette den enkeltes muligheder for selv at håndtere en belastende situation), bekræftende og vurderende støtte (feedback og information af betydning for den enkeltes selvvurdering) og instrumentel støtte, som vedrører direkte hjælp til problemløsning (Turner, 1999).

Mand, 21 år, alvorlige selvmordstanker:

- Tankerne forsvinder, når jeg er sammen med mine kammerater. De støtter mig i alt, de har aldrig svigtet mig. Jeg får også tit hjælp af min mor, hun har tit nogle gode råd. Mine venner og mor har helt klart afholdt mig fra at tage mit eget liv.

Kvinde, 20 år, alvorlige selvmordstanker:

- Jeg har en vennekreds, der støtter op, det betyder meget. De har brug for mig, og jeg har brug for dem. Jeg siger nej til selvmordsforsøg, min mor og venner har fortjent bedre, de har brug for mig.

Man kan ud fra interviewene konstatere, at samvær med venner og familie kan beskytte mod selvmordsforsøg. Formentligt bl.a. fordi disse primære relationer ved deres blotte tilstedeværelse giver mulighed for at give udtryk for tanker og bekymringer.

Betydningen af arbejdslivet, fritidsinteresser og uddannelsesforløb

Mange har ikke været i stand til at arbejde eller tage en uddannelse i den suicidale periode, og derfor fylder disse temaer ikke meget i forskningsinterviewene.

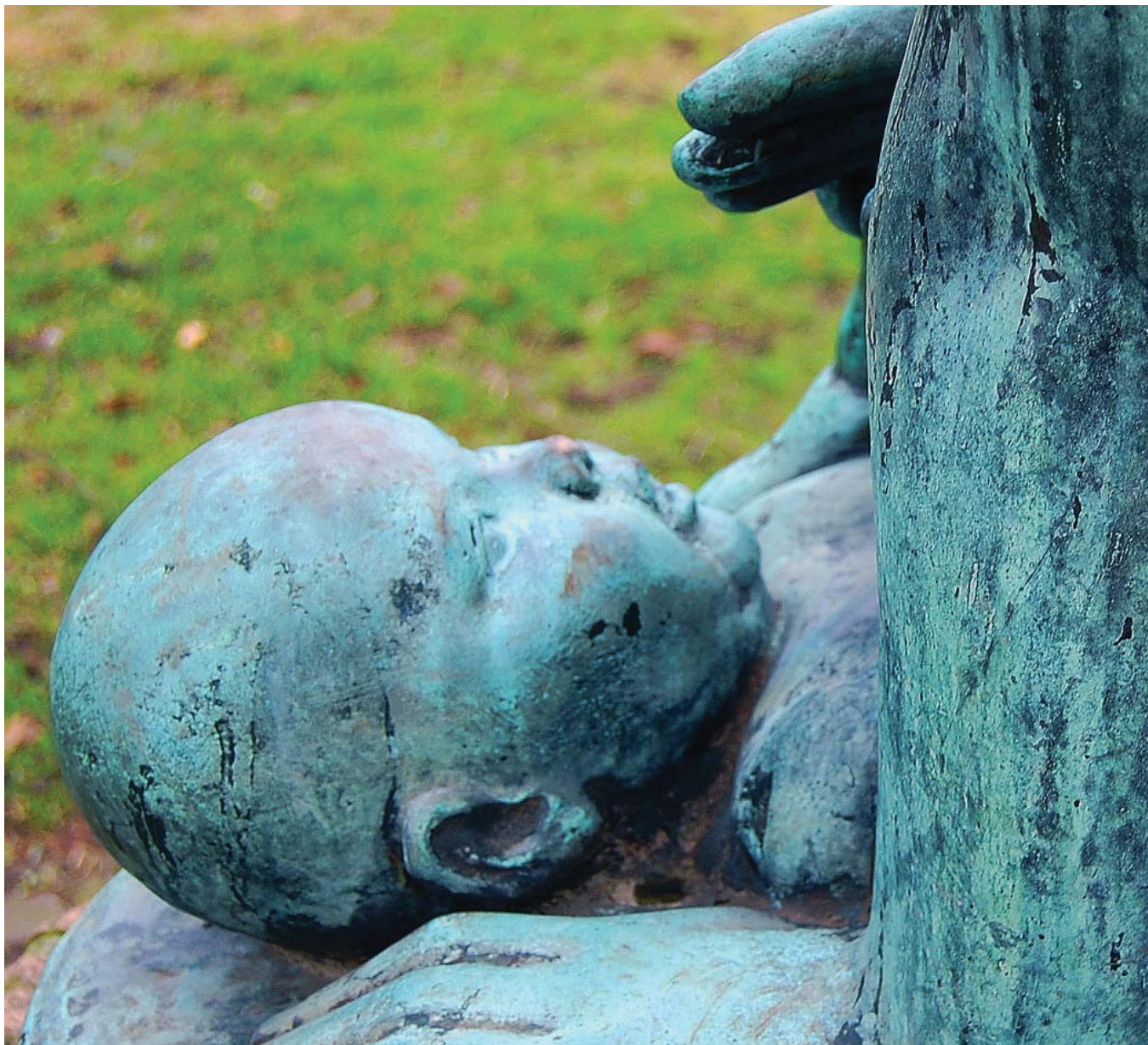
Arbejde, uddannelse og fritidsinteresser bliver af 4 interviewpersoner nævnt som en medvirkende beskyttende faktor. Især mændene tillægger arbejdet en afgørende betydning. At arbejde, deltage i et uddannelsesforløb og have fritidsinteresser har ifølge de pågældende interviewpersoner haft en positiv betydning i form af et arbejdsmæssigt og socialt fællesskab. Informanterne følte sig således ikke socialt isolerede og havde mulighed for sociale kontakter og social støtte.

Det sociale netværk og den sociale støtte findes således ikke kun i sfæren familien og venner, men også blandt arbejdskolleger, studiekammerater og personer, man møder i fritids- og foreningslivet. Interviewpersonerne bruger nedenstående ord, når de skal forklare betydningen af arbejdslivet, uddannelseslivet eller det at have fritidsinteresser:

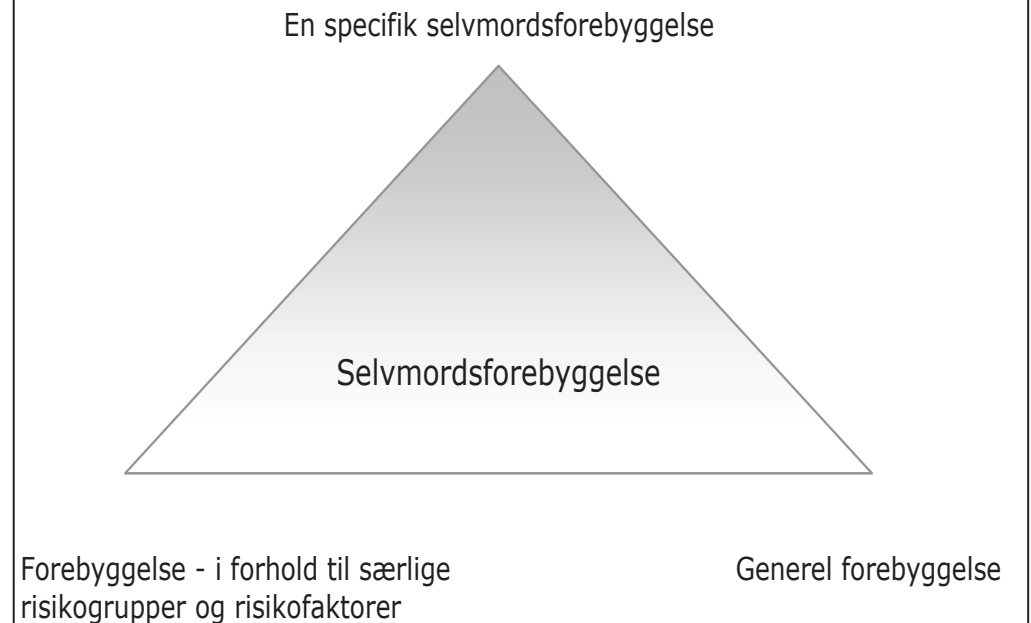
- økonomisk sikkerhed
- sociale kontakter
- mulighed for social støtte
- selvstændiggørelse
- anerkendelse
- klare udfordringer
- selvtillid
- selvværd
- indhold og mening i tilværelsen

Især mændene lægger stor vægt på den økonomiske sikkerhed som et erhverv medfører. Nogle af arbejdspladserne har hjulpet interviewpersonerne gennem en svær livsfase bl.a. i form af social støtte.

At klare udfordringer, få anerkendelse og indgå i et fællesskab har ligeledes betydet, at selvværdet, selvtilliden og selvværdsfølelsen er blevet højnet blandt de pågældende interviewpersoner.



Figur 1



Konklusion

For at sikre en målrettet forebyggelse af selvmordsadfærd er det vigtigt at have indsigt i distale risikofaktorer og beskyttende faktorer. Denne viden muliggør identifikation af højrisikogrupper, hvorefter en målrettet forebyggelse af selvmordstanker og selvmordsadfærd kan finde sted. Sagt med andre ord handler det om at sætte ind med selvmordsforebyggende tiltag, så selvmordsprocessen kan stoppes i tide. Undersøgelsens tre delstudier har identificeret forskellige individuelle samt miljø- og samfundsmæssige distale risikofaktorer samt beskyttende faktorer, der har været afgørende for selvmordsprocessens udfald, dvs. om respondenterne har reageret med selvmordsadfærd eller resilient adfærd.

Registerdelen – Delstudie I

Registerdelen viser, at der blandt cases (personer, der har været i behandling ved Center for Selvmordsforebyggelse) sammenlignet med kontrollerne (personer, der ikke har været i behandling ved Center for Selvmordsforebyggelse), i opfølgningsperioden ikke er signifikant færre selvmord, selvmord inklusiv ukendt døds måde eller dødsfald. Ydermere viser undersøgelsen, at der er signifikant flere selvmordsforsøg blandt cases sammenlignet med kontrollerne i opfølgningsperioden. Det kan således ikke konkluderes, at effekten af behandlingen ved Center for Selvmordsforebyggelse har gjort cases mere modstandsdygtige over for selvmordsimpulser. Hypotesen

om behandling som en beskyttende faktor kan således ikke verificeres ud fra registerdelen. Det kan dog være vanskeligt at vurdere, om behandlingsforløbet på Forebyggelsescenteret kan have indflydelse på sandsynligheden for, at et efterfølgende selvmordsforsøg registreres. Spørgsmålet er, om et behandlingsforløb på Forebyggelsescenteret forøger sandsynligheden for, at disse i højere grad kontakter et sygehus i forbindelse med selvmordsforsøg. Det kan derfor ikke med sikkerhed konkluderes, at selvmordsforsøgere har en forøget risiko for selvmordsforsøg i opfølgningsperioden som følge af behandlingsforløbet, eller om det skyldes ændret kontaktsadfærd til sygehussystemet.

Spørgeskemadelen – Delstudie II

Spørgeskemadelen viser, at en overvejende del af respondenterne har haft dårlige opvækstvilkår. Ydermere er forekomsten af selvmordsadfærd i respondentgruppens familie og/eller nærmeste omgangskreds hyppigt forekommende. Spørgeskemaets respondentgruppe har i deres suicidale periode været belastet af psykosociale faktorer såsom ensomhed, personlige problemer, mentalt helbred samt problemer med de primære relationer. På trods af disse psykosociale belastninger har en del af undersøgelsesgruppen (personer med alvorlige selvmordstanker) ikke handlet på deres selvmordstanker, men har udvist resilient adfærd. Af individuelle og miljø- og

samfundsmæssige beskyttende faktorer, der er meget signifikante i datamaterialet, kan nævnes:

- Holdningsspørgsmål vedrørende selvmord
- Samtalen
- Dødsangst
- Den sociale støtte og sociale relationer
- Andre løsninger end selvmordsadfærd
- Et positivt livssyn
- En højere mening med livet samt
- Selvværdsfølelse

En svaghed ved spørgeskemadelen er dens underrepræsentation af især ældre mænd. Det kan skyldes spørgeskemaets inklusionskriterier. Ældre mænd er ikke overrepræsenteret i statistikkerne vedrørende alvorlige selvmordstanker og selvmordsforsøg, hvilket kan være en mulig forklaring. Derudover kan der forekomme andre ukendte skævheder i datamaterialet, idet visse grupper (stærkt ressourcetsvage personer, personer, der ikke ønsker at tale om deres suicidale periode, samt etniske minoriteter) kan være underrepræsenterede.

Interviewdelen – Delstudie III

Betydningen af de enkelte belastende psykosociale faktorer kan variere, men forskningsinterviewene indikerer i høj grad, at især psykiske lidelser, ensomhed, interpersonelle problemstillinger, manglende sociale relationer og social støtte, lav selvværdsfølelse, mobning, dårlige problemløsningsevner samt håbløshedsfølelser har haft en afgørende rolle for igangsættelse og vedligeholdelse af selvmordsprocessen for interviewpersonerne.

13 ud af 33 interviewpersoner har udvist en resiliensadfærd over for de nævnte faktorer pga. tilstedeværelsen af såvel individuelle som miljø- og samfundsmæssige beskyttende faktorer som terapeutisk/medicinsk behandling, gode sociale relationer og social støtte, holdninger til selvmordsadfærd, uddannelse, erhverv og fritidsinteresser, dødsangst samt et positivt livssyn. Disse faktorer har virket som en positivt præventiv buffer mod selvmordshandlinger og selvmordsimpulser.

Forebyggelse af selvmordstanker og selvmordsadfærd

Forskningsprojektets resultater kan give alle private og offentlige aktører, der kommer i kontakt med selvmordstruede mennesker, en basal viden om distale og beskyttende faktorer betydning for selvmordsprocessen. Det er dog væsentligt at pointere, at når man arbejder med forebyggelse af selvmordsadfærd og selvmordstanker, så er det vigtigt at fremhæve, at selvmordsadfærd er et resultat af flere faktorer betydning og et resultat af en midlertidig sindstilstand. De fleste mennesker kommer således igennem krisen og videre i deres liv.

Det er ligeledes vigtigt at pointere, at en person – også selvom vedkommendes liv rummer mange risikofaktorer – ikke af den grund nødvendigvis vil ende med at forsøge eller at begå selvmord. Mange mennesker er i besiddelse af en robusthed, som indebærer, at de kan møde og håndtere stress uden at gribe til selvmordsadfærd. Selv for erfarne behandlere kan det være vanskeligt at vurdere, hvornår en person er i risiko for at begå selvmord.

Mange faktorer indgår i et komplekst samspil, og enhver vurdering af selvmordsfare må derfor tage udgangspunkt i den enkeltes fortid, nutidige situation og syn på fremtiden. Med andre ord må man forsøge at danne sig et helhedsindtryk af personen og agere ud fra det. Det er ligeledes yderst vigtigt at være opmærksom på, at selvmordstruede mennesker kan være mere eller mindre synlige. Personer, der gennemgår en selvmordsproces, kan være ikke synlige/ikke synliggjorte, dvs. er personer med belastende sociale, psykiske eller fysiske problemer, og som derfor er i en risikogruppe, men som ikke har ytret deres selvmordstanker eller handlinger. Det kan være synlige/synliggjorte personer, der søger hjælp eller markerer eksistentielle kriser på en måde, der identificerer dem som selvmordstruede.

De er enten synliggjorte af andre eller har synliggjort sig selv i forhold til tanker eller ønsker om at begå selvmord. Da de er synliggjorte, kan der iværksættes konkrete behandlings- eller støttetilbud.

Endelig kan de selvmordstruede være tydelige/tydeliggjorte – altså behandlings- eller omsorgskrævende, fx fordi de har forsøgt selvmord og derfor må have aktiv hjælp (Sundhedsstyrelsen, 1998).

I "Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord" (1998) anbefales det at anskue og angibe det selvmordsforebyggende arbejde ud fra 3 niveauer og vinkler illustreret ved den indledende forebyggelsestrekant (figur 1, foregående side).

En specifik selvmordsforebyggelse dækker over initiativer eller handlinger, der griber forebyggende ind i selvmordsprocessen, dvs. overfor personer, der har forsøgt selvmord eller overvejer selvmord.

Med forebyggelse i forhold til særlige risikogrupper og risikofaktorer menes initiativer eller indsatser over for faktorer, der øger risikoen for selvmordsadfærd og i forhold til specielle befolkningsgrupper, der er kendetegnet ved en sådan øget risiko.

Betegnelsen "en generel forebyggelse" dækker over forskellige støttende og afhjælpende tiltag af psykologisk, pædagogisk og social art med det formål, dels generelt at højne livskvaliteten, dels at øge menneskers mulighed for at påvirke deres eget liv.

Det tilstræbes at styrke og støtte det enkeltes individs måde at håndtere livskriser og belastende situationer. Den generelle forebyggelse omfatter også bearbejdning af holdninger til selvmordsadfærd (Sundhedsstyrelsen, 1998).

Sagt med andre ord handler forebyggelse af selvmordstanker og selvmordsadfærd om at sætte ind på forskellige niveauer med det sigte at påvirke de faktorer og situationer, som er af betydning for, at mennesker forsøger eller begår selvmord.

Forskellige aktører og instanser i samfundet kan således være med til at intervenere aktivt i forhold til selvmordsadfærd.



Summary of the report

Protective factors for thoughts of suicide and suicidal behaviour among people going through vulnerable phases in life.

To ensure a targeted prevention against suicidal behaviour, it is important to have insight into distal risk factors and protective factors. Such insight permits identification of highrisk groups whereupon a targeted prevention against suicidal ideation and suicidal behaviour can take place. In other words, forestalling the suicide process requires intervention and preventive initiatives. The triangular research method has identified various different individual, environmental, and social distal risk factors as well as protective factors, which have been crucial for the outcome of the suicide process, i.e. whether respondents have developed suicidal behaviour or have shown resilience.

Register-based research – Part I

The register study shows that during the follow-up period, cases (persons who have received treatment at the Centre for Suicide Prevention) do not differ significantly from controllers (persons who have not received treatment at the Centre for Suicide Prevention) in terms of fewer suicides, suicides including unknown methods of death, or deaths. Furthermore, the study shows that attempted suicides were more

frequent among cases compared with controllers during the follow-up period. Thus, it cannot be concluded that treatment at the Centre for Suicide Prevention effectively helps cases resist suicidal impulses. Therefore, the hypothesis of treatment as a protective factor cannot be verified based on the register-based research. However, it is difficult to determine if treatment at the Centre influences the probability of whether or not a subsequent suicide attempt is registered. It is possible that treatment at the Centre increases the probability that cases contact a hospital in relation with another suicide attempt. Therefore, it cannot be determined conclusively that subsequent suicide attempts among cases during the follow-up period are due to the treatment at the centre or to altered contact behaviour towards the hospital service.

Survey based on questionnaire – Part II

The survey based on questionnaires shows that the majority of the respondents have experienced poor home conditions. Furthermore, the prevalence of suicidal behaviour is frequently found within the family and/or acquaintances of the respondents. During periods of suicidal ideation, the respondents, have been under psychosocial strain and such risk factors such as loneliness, personal problems, mental health and problems with primary relations. Despite being under such psychosocial

strain, part of the group (persons who experienced severe suicidal ideation) has shown resilient behaviour. The most prominent individual, environmental, and social protective factors in the data material are:

- Attitude towards suicide
- Conversation with primary and secondary relations
- Fear of death
- Social relations and social support
- Other solutions than suicidal behaviour
- A positive philosophy
- A higher meaning of life
- A sense of self-worth

One weakness of the survey is the underrepresentation of especially the elderly men; however, this may result from the inclusion criteria of the questionnaire. A possible explanation is that the elderly men are not over-represented in the statistics of serious suicidal ideation and attempted suicide. In addition, other unknown discrepancies in the material may exist, as certain groups (persons of very poor mental strength, persons who do not wish to speak about their suicidal period, and/or ethnic minorities) might be under-represented in the data material.



Interview study Part III

The significance of each psychosocial risk factor varies from individual to individual; yet the interviews conducted strongly indicate that particularly psychic ailments, loneliness, interpersonal problems, lack of social relations and support, low self-esteem, being bullied, poor ability to solve problems, and feelings of hopelessness have had a decisive significance for provoking and maintaining the suicide process in the interviewees.



Litteraturliste

Agerbo, Esben et al. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case- control study. *British Medical Journal*; vol. 325, 74-77.

Beautrias, Annette (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people, Australien and New Zealand Journal of Psychiatry; 34: 420-436.

Benjaminsen, Sigurd (1998). Suicidaladfærd blandt alkoholmisbrugere. Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Odense Universitetshospital.

Bille-Brahe, Unni (1993). The role of sex and age in suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement*; 371: 21-27.

Borge, Anne Inger Helmen (2003). Resiliens. Risiko og sund udvikling.

Borowsky, Iris et al. (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risk and Protectors. *Pediatrics*; 107: 485-493.

Christiansen,Erik (2004). Selvmordsforsøgere – en statisk profil. Center for Selvmordsforskning.

Christoffersen M.N. et al. (2003). Attempted suicide among young people: risk factors in a prospective register based study and Danish born in 1966. *Acta Psychiatr Scand*; 108: 350-358.

Connell, David et al. (2001). The reasons for living inventory and a college population: Adolescent suicidal behaviours, beliefs, and coping skills. *Journal of Clinical Psychology*; 47: 485-489.

Crosby, A. E. et al. (1999). Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States, 1994. *Suicideand Life-Threatening Behavior*; 29: 131-140.

Dervice, Kanita et al. (2004). Religious Affiliation and Suicide Attempts. *Am J. Psychiatry*; 161: 2303- 2308.

Dervice, Kanita et al. (2006). Moral objections to suicide: Can they counteract suicidality in patients with cluster b psychopathology. *J Clin Psyschiatry*; 67: 620-625.

Diekstra, R.F.W. (1982). Epidemiology of attempted suicide in the EEC. *Biblioteca Psychiatrica*;162:1-16.

Elsborg, Steen et al. (1999).Den sociale arv og mønsterbrydere.

- Emborg, Charlotte (2001). Dødelighed og årsager til død hos patienter med spiseforstyrrelser i Danmark, 1970-1993. Ugeskrift for Læger, 3476-3481.
- Erlangsen, A. et al. (2003). Difference in Suicide Between the Old and the Oldest Old. The Gerontological Society of America; 58: 314-22.
- Erlangsen, A. (2004). Risiko for selvmord blandt gamle mennesker. I: (red.) Jorit Tellervo: Selvmord blandt gamle mennesker – myter, viden og forebyggelse. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, p. 76-83.
- Erlangsen, A. (2004): Disparities in suicide among the old and the oldest old in Denmark. Ph.d.-afhandling. Odense, University of Southern Denmark.
- Fairweather et al. (2006). Factors distinguishing suicide attempters from suicide ideators in a community sample: social issues and physical health problems. Psychological Medicine. 1-11.
- Fleming, Teresa et al. (2007). Selfreported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; 41:3:213-221.
- Flouri Erini & Buchanan Ann (2002). The protective role of parental involment in Adolescent suicide. Crisis Volume 23 (1): 17-22.
- Gut, Rikke et al. (2004). Kvalitative brugerundersøgelser på sygehusafdelinger – hvad kan de bruges til og hvordan gribes de an? Enheden for Brugerundersøgelser.
- Hawton, K. et al. (1994). The epidemiology of attempted suicide in the Oxford area, England (1989–1992). Crisis; 15: 123–135.
- Hawton, K. et al. (1998): Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. Journal of Epidemiology and Community Health; 52: 191-1994.
- Heisel, Martin et al. (2003). Purpose in Life, Satisfaction with Life, and suicide ideation in a clinical sample. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment; 26: 127-135.
- Hellevik, Ottar. (1999). Forskningsmetode i sociologi og statsvitenskap. Universitetsforslaget.
- Hjemdal, Odin et al. (2007). Measuring protective factors: The development of two resilience scales in Norway. Child and adolescent psychiatric Clin N M;16: 303-321.
- Howard, Sue & Johnson, Bruce (2005). Young adolescents Displaying Resilient and Non-Resilient Behaviour. Insights from a Qualitative Study – Can schools make a Difference?
- Hufford MR (2001). Alcohol and suicidal behaviour. Clinical Psychology Review; 21, 797-811.
- Jensen, Børge (2005). Selvmordsadfærd – Sundhedsmæssige risikofaktorer. Faktaserien nr. 18. Center for Selvmordsforskning.
- Jessen, Gert (1999). Social arv, suicidal transmission og suicidal adfærd. Arbejdspapir 25 om social arv. Socialforskningsinstituttet.
- Jessen, Gert (1997). Belysning af suicidal adfærd blandt døgnanbragte børn og unge i Fyns Amt. Nyhedsbrev 1. Center for Selvmordsforskning.
- Khan, Shajaat & Farooq, Saeed (2003). Reasons for not acting on suicidal ideas. Journal College of Physicians surgeons of Pakistan; 13:37-39.
- Kjoller, M. & Helweg-Larsen, M. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. Scandinavian Journal of Public Health; 28: 54–61.
- Kuo, W. et al (2001). Incidence of suicidal ideation and attempts in adults : the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. Psychological Medicine;31: 1181–1191
- Larsen, Peter (2002). At fremstille kvalitative data. Odense Universitetsforlag.
- Lizardi, Dana et al. (2007). The role of moral objections to suicide in the assesment of suicidal patients. Journal of Psychiatric Research; 41:116-120.
- Madsen, Bente et al.(2003). Når selvmordet truer. Munksgaard.
- Malone, Kevin et al. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons of Living. Am J Psychiatry; 157: 1084-1088.
- Meeham, Patrick J. et al. (1992). Attempted Suicide Among Young Adults: Progress Toward a Meaningful Estimate of Prevalence. American Journal of Psychiatry;149: 41-44.
- Mehlum, L. (red). Tilbage til Livet (1999). Selvmordsforebyggning i teori og praksis. Høyskoleforlaget.
- Mueller, P.S. et al (2001). Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. Mayo Clinic Proceedings;76: 1225-1235
- Murphy, G et al. (1982). Family history of suicidal behavior among suicide attempters. Nervous and Mental Disease; 170: 86-90.
- Møller et al. (2004). Arbejdsløshed og selvmordsadfærd. Faktaserien nr. 12 Center for Selvmordsforskning.
- Møller et al. (2004). Selvmordsprocessen. Faktaserien nr. 11. Center for Selvmordsforskning.
- Negron, Roberto et al. (1997). Microanalysis of Adolescent suicide attempters and ideators during the acute suicidal episode. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; 36:1512-1519.
- Nock, Matthew et al. (2007). Prediction of suicide ideation and attempts among adolescent using a brief performance based test. Journal of consulting and clinical psychology; 75: 707-715.
- Nygaard Christoffersen, Mogens (1993). Anbragte børns livsforløb. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 11.

- Nygaard Christoffersen, Mogens (1999). Risikofaktorer i barndommen forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. København: Socialforskningsinstituttet.
- Parker, Ruth (2002). Risk and protective factors for suicidal behaviour in abused African American women. *Journal of consulting and clinical psychology*; 70: 311-319.
- Qin, P. et al. (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register Based Study of All Suicides in Denmark, 1981-1997. *American Journal of Psychiatry*; 160 (4): 765-772.
- Qin, Ping et al (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*, vol. 360, 1126-1130.
- Rancañas, E. et al. (2003). Selfreported suicidal and help seeking behaviours in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 38: 18-26.
- Resnick, Michael (2000). Protective factors, Resiliency, and Health Youth Development. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*- Vol. 11, No 1: 157-164.
- Retterstøl, Nils et al. (2002). Selvmord – et personlig og samfundsmæssig problem.
- Roy, Alec (2005). Childhood Trauma and Impulsivity. Possible Relevance to Suicidal Behavior *Archives of Suicide Research*; 9:147-151.
- Roy, A. (2000). Relation of Family History of Suicide to Suicide Attempts in Alcoholics. *American Journal of Psychiatry*; 157: 2050-2051
- Sahin, Nesrin et al. (1998). Reasons for living and their protective value. A Turkish sample. *Archives of Suicide Research*; 4: 157-168.
- Schulsinger, F. et al. (1979). A family study of suicide. In: Schou M. et al. *Origin, Prevention and Treatment of affective disorders*. London: 277-287.
- Séguin Monique et al.(2004). Personal and Family Risk factors for Adolescent Suicidal ideation and Attempts. *Archives of Suicide*; 8: 227-238.
- Steele, Alan et al. (1995). Suicidal and Counter-suicidal Thinking. *Australian psychologist*; 30: 149-152
- Stephensen, Iben et al. (2006). Kommunepakken – Selvmordsforebyggelse blandt ældre. Center for Selvmordsforskning.
- Stravynski, Ariel & Boyer, Richard (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide. A population wide study. *Suicide and Life- Threatening Behaviour*; 1: 32-41.
- Strosahl, Kirk et al. (1992). Prediction of suicide intent in hospitalized parasuicides: reasons for living, hopelessness, and depression. *Compr. psychiatry*; 33 (6): 366-73.
- Sundhedsstyrelsen (2007). Vurdering og visitation af selvmordstruede. Rådgivning af sundhedspersonale.
- Sundhedsstyrelsen (1998). Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark.
- Thomas, H. V. et al. (2002). Thinking life is not worth living. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 37: 351-356.
- Vijayakumar, Lakshmi (2002). Religion - en beskyttende faktor ved selvmord. *Suicidologi*, årg. 7, 9-12.
- Vijayakumar, L. & Rajkumar, S. (1999). Are risk factors of suicide universal? A case-control study in India. *Acta psychiatrica Scandinavica*; 99: 407-11.
- Vilhjalmsson, R. et al. (1998). Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc. Psychiatry Epidemiol*; 33: 97-103.
- Wasserman, Danuta (red.) (2001). Suicide an unnecessary death.
- Welch, Stacy (2001). A review of the literature on the Epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatric Services*. Vol 52. No. 3. 368-375.
- Wesley et al. (2006). National differences in Predictors of Suicide Young and Elderly Citizens: Linking Societal Predictors to Psychological Factors. *Archives of Suicide Research*; 10:45-60.
- Zand, Faezeh (2007). Et studium i resiliens. Afghanske kvinders psykosociale udvikling i Danmark og Iran.
- Zlotnick, Caron et al. (1997). Affect Regulation and Suicide Attempts in Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 36 - 793-798.
- Zøllner, Lilian (2001). Kulturmøde i de gymnasiale uddannelser. Rapport. Ikke publiceret.
- Zøllner, Lilian (2006). Selvmord. Lovgivning og etik. Faktaserien nr. 20. Center for Selvmordsforskning.
- Zøllner, Lilian (2002). Definitioner på selvmordsadfærd og selvskade. Faktaserien nr. 1. Center for Selvmordsforskning.
- Zøllner, Lilian (2002a). Unges livsstil. Lemvig Ungdomsgård.
- Zøllner, Lilian (2002b). Udsatte og sårbare unges signaler – set i et selvmordsforebyggelsesperspektiv. I: *Nordisk psykologi* vol. 54. nr. 4. December, 287-300.
- Zøllner, Lilian (2002c). Når sammenhængen brister. I: *Ungdomsforskning*. nr. 3. Unge og risiko. Oktober 2002. Center for Ungdomsforskning, 23-28.





www.selvmordsforskning.dk